

10.1  
504  
3

# ANAIAS PAULISTAS

## DE

# MEDICINA E CIRURGIA

JAN 14 1949

Revista médica editada mensalmente pelo

**SANATÓRIO SÃO LUCAS**

Instituição para o progresso da Cirurgia

*Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO*

DL. LVI

São Paulo, Setembro de 1948

N.º 3

## Sumário:

	Pág.
Emprego da novocalina por via endovenosa e intrarterial. — Dr. Paulo G. Bressan.....	161
O valor do B. C. G. — Dr. B. Pedral Sampaio.....	169
<b>Produção Médica de São Paulo:</b>	
<b>Associação Paulista de Medicina:</b>	
Medicina.....	175
Oto-rino-laringologia.....	187
Sociedade de Medicina e Cirurgia.....	196
Serviço de Proctologia do Hospital N. S. da Aparecida.....	198
Departamento Estadual de Estatística.....	200
Outras sociedades.....	202
<b>Imprensa Médica de São Paulo:</b>	
Sumário dos últimos números.....	206
<b>Vida Médica de São Paulo:</b>	
Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência.....	208
Departamento de Profilaxia da Lepra.....	210
Faculdade de Medicina de São Paulo.....	211
Médicos paulistas premiados.....	214
Santa Casa de Misericórdia.....	215
Natalidade e mortalidade infantil.....	215
Sanatório João Evangelista.....	216
Cruz Vermelha Brasileira.....	218
Homenagens a médicos de São Paulo.....	218
Necrológio.....	220
<b>Assuntos de atualidade:</b>	
A remuneração dos médicos.....	222
A falta de médicos.....	227
Acidentes da terapia venosa.....	228
<b>Congressos Médicos:</b>	
IV Congresso Acadêmico Internacional.....	228
VII Congresso Brasileiro de Higiene.....	229
<b>Literatura Médica:</b>	
Livros recebidos.....	230

da neurastenia à neurite

# CLOTIAMINA

Vitamina B1 Squibb, pura, cristalina e rigorosamente titulada.

**AGORA EM  
CONCENTRAÇÕES  
ALTAS DE 50 E  
100 MG POR  
COMPRIMIDO I**



A Clotiamina é o cloridrato de tiamina sintética - pura e cristalina - garantido pelos rigorosos critérios de padronização do E. R. Squibb & Sons. Quando o caro doutor recetar Clotiamina, pode estar certo de que está administrando o melhor cloridrato de tiamina que se pode obter e de que seu paciente recebe doses certas de uma preparação ativa. Cada comprimido ou ampola contém a quantidade exata de cloridrato de tiamina referida - e não menos. Ademais, não existem variações no conteúdo de vitamina B1 de uma partida para a outra. A Clotiamina é recomendada para o tratamento da insuficiência da vitamina B1 em todas as suas formas e graus.

## INDICAÇÕES

Para tratar e prevenir o beribéri, para corrigir o anorexia de origem dietética, para garantir o crescimento normal das crianças, como suplemento de certas dietas terapêuticas, nas afecções específicas em que há interferência com a assimilação, como por

exemplo, os vômitos incoercíveis da gravidez; nas neurites alcoólicas; nas neurites da gravidez; nas neurites da pelagra; nos casos de metabolismo anormal como ocorre nas infecções febris, hipotireoidismo ou atividade muscular vigorosa.

## DOSES:

**Profilaxia:** - Crianças, 0,15 e 0,5 mg. diariamente. Adultos, 1 a 3 mg. diariamente.

**Terapêutica:** - Oral ou parenteral, acima de 300 mg. diariamente ou mais, se houver indicação.

## A CLOTIAMINA é apresentada:

Em comprimidos de: 10-50-100 mg. Em frascos de 25. Em solução em tubos de 5 cm3 e 50 e 100 mg. por cm3

1 mg. de CLOTIAMINA é igual a 323 U. I. de cloridrato de tiamina.

**E. R. SQUIBB & SONS DO BRASIL, INC.**  
AO SERVIÇO DA CLASSE MÉDICA, DESDE 1858



1

R

A

V

—

—

—

—

—

—

—

—

—

ti

us

ca

m

in

—

ac

ri

di

—

vo

M

ca

a

al

re

ve

m

—

Lo



# ANAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 3-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano . . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . . Cr \$ 10,00

VOL. LVI

SETEMBRO DE 1948

N.º 3

## Emprego da novocaina por via endovenosa e intrarterial \*

**Dr. Paulo G. Bressan**

*Cirurgião do Sanatório São Lucas*

Em 1941, dos Ghali, procurando curar a dispnéia de asmáticos, empregava pela primeira vez a novocaina endovenosa. O uso deste medicamento fóra da esfera anestésica abriu amplo campo na terapêutica de numerosas afecções, na melhoria ou eliminação de sintomas vários e pôs por terra o hipotético perigo da introdução endovenosa accidental nos bloqueios anestésicos.

Poderíamos dizer estar ainda em fase experimental esta nova ação medicamentosa da novocaina porque, só recentemente, vários AA. vêm se dedicando ao assunto através de trabalhos e indicações mais precisas.

Particularmente tomamos conhecimento do emprego da novocaina por um resumo de algumas linhas publicado na Presse Medicale de 9 de Março de 1946, no qual citava-se a cura de 3 casos de anúria por esse processo. Impressionado aguardávamos a oportunidade de poder usá-la tão logo nos chegasse às mãos algum caso com tão grave sintomatologia. A obtenção de bons resultados em dois casos nos levou a interessar pelo assunto, e rever a literatura dado o grande alcance prático e simples desta medicação. E' o que nos traz, no momento, perante os presentes.

\* Trabalho apresentado à V Semana Regional Médica do Norte do Paraná, em Londrina, em julho de 1948.

Antes de passarmos a fazer quaisquer comentários e indicar outras aplicações da novocaina endovenosa daremos o resumo dos dois casos acima referidos, que foram muito ilustrativos por se tratar um dêles de anúria, provavelmente de origem espasmódica em indivíduo arteriosclerótico e outro de oligúria reflexa por cálculo ureteral.

*Observação 1* — J. B., 57 anos, cas., masc. branco iuguslavo, alfaiate, deu entrada no Sanatório São Lucas, no Serviço do Dr. Eurico Branco Ribeiro, queixando-se de dores na região lombar direita irradiando para o flanco direito e abdomen inferior, sintomatologia esta datando de sete dias. Um dia depois do início de sua molestia entrou em anúria, o que foi confirmada por cateterismo da bexiga, ao dar entrada no Hospital. Ao exame físico: estado geral bom, 76 pulsações por minuto, pulso cheio, pressão maxima 16, minima 9, arterias endurecidas; dores à palpação e percussão da região lombar direita, não se palmando tumoração; aparelhos circulatório e respiratorio normais. Ao ser internado, foi feita uma radiografia das regiões reno-ureterais afim de esclarecer a possibilidade de uma anúria reflexa por calculose, não revelando o exame radiológico presença de calculo opaco aos RX.

A dosagem de ureia no sangue nos deu o resultado de 265 milgs % (normal pelo metodo usado 20-50 mils %). Foi instituido tratamento clinico consistindo em Renina, glicose hipertonica soro glicosado isotonic, soro renal-caprino, hiposulfito de sodio na veia, bicarbonato de sodio. No dia seguinte ao da internação os sintomas foram agravados com vomitos e elevação da temperatura para 38° e pulso a 106 por minuto. Continuou-se com a medicação anterior acrescentando sagra de 500cc e bloqueio anestésico da região lombar de ambos os lados. Não havendo modificação do quadro apesar de novo bloqueio e da persistencia na medicação anterior foi submetido o doente a descapsulisação do rim direito, tendo-se durante a intervenção notado edema acentuado do tecido celular sub-cutaneo e dos musculos; rim aumentado de volume, consistencia aumentada e de coloração vinhosa. Feita a descapsulisação foi drenada a cavidade renal por dreno tubular de borracha n.º 15. No posoperatório continuou-se com a medicação anterior, sendo entretanto negativos os cateterismos de bexiga.

Cerca de 40 horas após a intervenção, como não houvesse modificações do quadro, pensamos na aplicação gota a gota de novocaina endovenosa, o que foi feito, usando-se 40cc do medicamento na solução a 0,5% e dissolvidos em 250cc de soro fisiologico. Durante a aplicação da novocaina o doente sentiu ligeiro malestar, sensação de tontura, cedendo entretanto, sem nenhuma medicação especial. Algumas horas após a medicação poudes-se observar o curativo transudando liquido com cheiro amoniacal. Catterismo vesical negativo. Cerca de 12 horas após o doente urinou espontaneamente pequena quantidade de urina subindo essa quantidade a ½ litro no dia imediato. Por essa ocasião a dosagem de ureia mostrou uma baixa para 155 milgs %.

O volume urinario aumentou para 800cc no dia seguinte. Nesse dia a temperatura subiu a 38°, pulso a 102° em consequencia a um processo congestivo pulmonar; essa temperatura persistiu no dia seguinte baixando depois ao normal, com terapeutica adequada.

Como a diurese já se estava processando com certa intensidade foi dado ao doente capsulas de Teobromina e a micção no dia seguinte foi de 4 ½ litros, sendo diminuta a quantidade de urina atravez a sonda. O exame de urina por essa ocasião revelou densidade 1014, traços acentuados de albumina, varias hematias por campo, alguns cilindros hialinos e granulosos.

Nos dias seguintes a micção girou em torno de 800cc, tendo o doente alta hospitalar depois de 7 dias de operado. Doze dias após a intervenção, voltou para retirar os ultimos pontos de seda, dizendo sentir-se bem e urinar como antes. Depois deste curativo não mais voltou à consulta não se podendo completar a observação como era nosso desejo, com nova dosagem de ureia e exame de urina.

*Observação 2* — A. F. T., 44 anos cas., branco, espanhol, motorista, deu entrada no Sanatório São Lucas queixando-se de dores lombares, tonturas, calafrio urinando muito pouco ha dois meses sendo a urina muito carregada.

Os sintomas se exacerbaram não urinando ha alguns dias antes de sua internação. Apresentou ao exame fisico edema palpebral, dores no flanco e região lombar esquerda, irradiando para a fossa iliaca esquerda e bexiga. Pulso cheio, oitenta pulsações por minuto, pressão arterial 130 de maxima por 100 de minima. A sondagem da bexiga conseguiu-se extrair escassissima quantidade de urina, bastante carregada, que ao exame de laboratório revelou traços acentuados de albumina, densidade 1027, aspecto turvo, deposito grande, reação acida, presença de 12 a 16 leucocitos degenerados por campo, grande numero de hematias por campo, muco e varios cilindros hialinos e granuloses. Dosagem de ureia no sangue: 75 mils % (pelo metodo usado o normal é de 20 a 50 mils %). Na tarde de internação foi feita uma ampola de 10cc de Novocaina a 1%, repetindo-se identica medicação por mais quatro dias, notando-se diariamente o aumento progressivo da quantidade de urina.

Dois dias após o inicio da medicação repetiu-se o exame de urina, constatando-se densidade 1019, reação alcalina, aspecto turvo, traços minimos de albumina, 10 a 14 leucocitos degenerados por campo, 8 a 12 hematias por campo, carbonatos amorfos e alguns cilindros hialinos e granuloses.

Passados dois dias, novo exame de urina mostra a sensivel melhora, com densidade 1016, reação acida, traços minimos de albumina, raros leucocitos e algumas hematias por campo, muco e alguns cilindros hialinos. Por essa ocasião foi dada alta hospitalar. Quinze dias depois como persistissem as dores lombares e urina carregada foi pedido novo exame de urina e uma pielografia endovenosa. O exame de urina não apresentou alterações comparativamente ao ultimo exame. A pielografia identificou sombra de calculo situado na porção-mural do ureter do lado esquerdo. Função renal deste lado prejudicada (não houve eliminação do contraste injetado). Rim de volume aumentado. Urograma normal a direita. Foi indicada a intervenção cirurgica para a extirpação do calculo.

Entusiasmado com os resultados práticos obtidos procuramos nos inteirar da literatura sobre o emprego da novocaina endovenosa, constatando então ser este medicamento empregado no tratamento de varias outras afecções, usando-se ora a via endovenosa exclusivamente, ora associada a outras vias e mesmo via intrarterial nas afecções das extremidades.

A associação com medicamentos antiseticos ou antibióticos ampliaram mais o seu campo de ação.

A vista do encontrado na literatura médica tivemos oportunidade de empregar a novocaina endovenosa em portadores de reumatismos crônicos, rebeldes à medicação usual, entorses, cólicas renais, dores após contusões, asma, "reliquat" de accidentes no trabalho, embolia pulmonar, etc. O estado psicologico e a si-

mulação são fatores a se levar em conta no que diz respeito a dôr e impotência funcional, razão porque nem sempre foram bons os resultados, principalmente nos casos de acidentes no trabalho.

Digno de registro é a observação que tivemos em um caso de reumatismo deformante, em que a doente, uma senhora de seus 60 anos, achava-se impossibilitada de fechar os dedos das mãos e, após uma série de 20 aplicações de 10 cc. de novocaina a 1 %, nos presenteou com uma toalha de "tricot" seu primeiro trabalho após o tratamento.

Neste caso observamos um fenômeno interessante: em duas aplicações sucessivas queixou-se a doente de dores violentas em tôdas as articulações, dores estas acompanhadas de calafrios e que apareceram cerca de 2 horas após a aplicação. Esta sintomatologia durou aproximadamente 1 hora, dizendo a doente ter melhorado consideravelmente com essas aplicações. Procurando explicar tais reações só a justificamos numa possível alteração da novocaina pois as outras ampôlas da mesma caixa apresentavam-se de coloração amarelada, o que é observado nas soluções envelhecidas.

Apesar da melhora justificada pelo doente não insistimos em aplicar as outras ampôlas por se tratar de pessoa idosa.

A título de divulgação enumeraremos várias circunstâncias em que está indicado o emprego da novocaina, fazendo depois algumas considerações sobre dosagem e modo de ação deste medicamento.

*Endovenosamente é empregada:* 1) nos tratamentos osteoarticulares; 2) espasmo arterial post-traumático; 3) dores do herpes zooster; 4) corisa espasmódica; 5) hidrorreia nasal; 6) reflexo neuro-vegetativo respiratório; 7) asma; 8) dispnéia paroxística (tuberculosa); 9) embolia pulmonar; 10) leucorréia das dilatações brônquicas; 11) angina do peito, nas crises subentrantes por esforço ou emoção (exceto nos casos de trombose); 12) embolia gástrica na cirurgia toraco-pulmonar (Cadenat, Iselim, Santy e outro); 13) espasmo cerebral; 14) trombose ou embolia cerebral (vaso dilatação mais rápida que a acetilcolina); 15) anúrias reflexas, por traumatismos, por choque, por cálculo, por nefrite tóxica pelos arsenobenzóis, sulfas, oxicianureto de mercúrio (Hugues) 16) dores posoperatórias; 17) micoses (frieiras); 18) na doença do soro (State, Wangenstein) 19) Sintomas tóxicos no lactante por otite, bronco-pneumonia, infecções intestinais, colera, síndrome coleriforme, intermação, síndrome de desidratação aguda, síndrome posoperatório, eczema, penfigo (Clog, Willemin, Bogros), utilizando-se a via intrasínusal por ser mais fácil, ou a jugular si as fontanelas já estão fechadas; 20) choque traumático, cirúrgico ou anafilático (Leger) 21) amaurose eclámpica (Luton, Rouher, Giraud, Ferrau; 22) coqueluche (Cozzuti, Finzi);

23) edema agudo do pulmão; 24) intoxicação pelo óxido de carbono: (Hugues); 25) intoxicação pelos barbitúricos (Hugues); 26) picada de escorpião (F. Cánova); 27) glomérulo nefrite aguda (A. A. de la Torre); 28) hipersensibilidade de certos doentes aos arsenobenzóis (aplicando-se a novocaina 1 a 2 minutos antes da injeção de arsenobenzol, pode a dose ser elevada sem perigo).

*Novocaina endovenosa associada a outras vias* (a) à *infiltração local*: 1) nas perturbações vasculares por calcificação local nos músculos e ligamentos (Fortaine, Lusuy); 2) dores do coto de amputação, (b) à *infiltração simpática*: 1) rarefação óssea post-traumática (osteoporose algica de Leriche); 2) dores dos côtos de amputação; 3) embolia arterial das extremidades (cura ou melhora no prognóstico operatório); 4) distúrbios tróficos cutâneos dos varicosos (edema duro e doloroso, cianose, eczema, prurido); (c) à *infiltração local de neuroma*: nas dores do coto de amputação.

*Novocaina endovenosa associada a outros medicamentos*: (a) à *Vitamina B1*: 1) dores do coto de amputação; 2) simpatalgia do território cervicofacial (dores supra e suborbitárias, iuxta-maxilares, atípicas, bilaterais). (b) à *Sulfanilamida, Penicilina, Mercúrio crômico*: 1) ulcerações infectadas da pele; 2) ulcera torpida infectada dos varicosos; 3) gangrena diabética e senil.

Ultimamente tem sido indicada a associação com *Vit. C* (no-vascorbato) como de efeito mais intenso. Empregou-se também associada ao *curare*.

*Novocaina intra-arterial*: 1) nas ulcerações; 2) embolia arterial; 3) espasmo arterial das extremidades; 4) nas dores dos amputados (Leriche).

A maneira de se introduzir a novocaina endovenosa ou endo-arterial varia segundo os autores consultados, achando alguns que a melhor é por gôta a gôta, em que 10-20 cc. novocaina a 1 % — 2 % são dissolvidos em 500 a 1.000 de soro fisiológico. Outros, e estes em maioria, aconselham o emprego de 5-10 cc. de novocaina a 1 % ou 2 % aplicados lentamente. Esta dose diária para o adulto pode ser aumentada sem perigo podendo-se chegar mesmo a 20 cc. Para criança a dose vai de 0,cc5 até 4,cc para crianças maiores de cinco anos.

As injeções em geral são bem toleradas, quando feitas lentamente.

Em alguns pacientes pode-se observar certa intolerância trazida por tontura, palidez, às vezes ligeiros tremores e náuseas, sintomas estes que cedem dentro de alguns minutos. Esta sintomatologia não impede a continuação do tratamento, como tivemos ocasião de observar em dois casos, cujos pacien-

tes mostraram sintomas de intolerância nas 3 primeiras aplicações. Afim de evitar esta intolerância aconselham alguns autores iniciar o tratamento com dose pequena e subir a dose total diária si não houver intolerância.

Alguns autores americanos falam em sensibilização a novocaina, aconselhando então fazer sistematicamente intra-dermo reação à novocaina antes da administração deste medicamento. Nos casos de intolerância si se quizer fazer uso de antidotos, aconselha-se a cafeína e a coramina.

Quanto ao mecanismo de ação não ha ainda uma explicação satisfatória, achando a maioria dos AA. que a novocaina tenha ação reguladora sobre os desequilíbrios neurovegetativos, outros como antiespasmódico, outros como simples calmante ou agindo diretamente sobre o centro da tosse (na coqueluche); ainda outros sensibilizando as terminações nervosas simpáticas ou então paralisando o sistema autonomo ao nível dos gânglios; observou-se que entrava a ação da lobelina; impede a ação da acetilcolina sobre os pulmões.

R. Donoso e E. Cumsille procurando estudar a ação da novocaina fizeram estudos experimentais em cobaios chegando as conclusões seguintes no que se refere a sua ação sobre a árvore respiratória: que a novocaina faz desaparecer rapidamente a estenose bronquial (ação curativa); que além de ação curativa possui ação preventiva por neutralisar em parte a histamina; que tanto a novocaina como a histamina possuem ação local.

Grambard, J. David, Robertazzi, W. Raphael e Peterson. C. Milton estudando o modo de ação de novocaina constataram que esta substância quando injetada endovenosamente na dose subletal sofre de início dois processos: 1) hidrolização por um enzima transformando em diethylaminoethanol e ácido para amino benzoico; 2) acetilação do ácido para-aminobenzoico.

Aproximadamente 95 % da novocaina injetada pode ser encontrada na urina como ácido para-aminobenzoico, para-aminobenzoylglycuronato e diethylaminoethanol, ou traços de novocaina. A novocaina e produtos hidrolisados desapareceram da circulação dentro de 20 minutos.

Acham ainda os autores que a novocaina age: 1) *diretamente* sobre as fibras nervosas irritadas; 2) *indiretamente* pela ação do diethylaminoethanol sobre o endotélio dos vasos.

A toxicidade da nocaina endovenosa é muito variável segundo a espécie animal. A dose letal para o homem é desconhecida, sabendo-se entretanto, que a toxicidade da novocaina para o homem depende muito da concentração usada. A novocaina para uso endovenoso dever ser de preparação recente e insenta de adrenalina. Vemos assim que a novocaina empregada sob nova



orientação constituirá, na prática, medicamento de alto valor, aumentando assim as possibilidades da terapêutica clínica em inúmeras afecções.

## AUTORES CONSULTADOS

- 1 — BLAMONTIER PIERRE e MARMASSE, ANDRÉ — La Presse Medicale, 28 Dez. 946, N.º 54, 748-749.
- 2 — CANOVA F. — Ressegna Internazionali di Clinica e Terapia, 15 Jun. 1947, Apud La Presse Medica Argentina, 27 Fev. 948, N.º 9, 378.
- 3 — COZZUTI G. e FINZI A. — Ospedale Maggiore, Março 1947, apud Resenha Clínico-Científica, São Paulo, Fev. 948, N.º 2, Ano XVII, 82.
- 4 — DARGET. M. — La Presse Medicale, 9 Março 946, N.º 10, 150.
- 5 — DJUVARA. RAVAN e CONCOU, MIRCEA — La Presse Medicale, 28 Fev. 948, N.º 12, 157.
- 6 — DONOSO, F. R., CUMSILLE E. e DONOSO D. J. — Revista Clinica Española, 15 Março 947, N.º 5, Tumo XXIV, 342-347.
- 7 — DURIEU, LE CLERCA e DUPREZ — Acta Clinica Belgica, 1, N.º 2, 1946, Apud La Semana Medica, B. Aires 20 Nov. 947, Ano LIV, N.º 47, 854.
- 8 — FLEURY, M. R. — Le Progrés Médicale, 10 Dez. 943, Apud La Presse Medicale, 10 Março 945, N.º 10, 124.
- 9 — GRAUBARD, DAVID J. ROBERTAZZI, RAPHAEL W. e PETERSON, MILTON C. — New York State Journal of Medicine, 47, 2187, Out. 15, 947, Apud Internacional Curgical Digest, Jan. 948, Vol. 45, N.º 1, 37-40.
- 10 — HUGUES J. — Revue Medicale de Liège, 1.º Agosto 947, Vol. II, N.º 15, 405-410.
- 11 — KAPPERT M. — El Dia Medico, 19, 1740, 1947.
- 12 — LERICHE R. — Le Progrés Médicale, 75, 291, 1947, Apud Resenha Clínico-Científica, São Paulo, Fev. 948, Ano XVII, N.º 2, 81.
- 13 — LUTON, ROUHER, GIRAND e FERRAU — La Presse Medicale, 28 Dez. 1946, N.º 64, 885-886.
- 14 — TORRE, ANTONIO a. de la — La Prensa Medica Argentina, 13 Fev. 948, Vol. XXXV N.º 7, 292-293.
- 15 — VEGA, RAPHAEL de e CRESPO, FERNNDEZ — Medicina Española, Valencia Agosto 1947, Ano X, N.º 101, 155-175.

---

 RECALCIFICAÇÃO  
DO ORGANISMO

# TRICALCINE

TUBERCULOSE  
FRACTURAS, ANEMIA  
ESCROFULOSE

Fabricada no Brasil com técnica especial e sob o controle do  
LABORATOIRE DES PRODUITS SCIENTIFIA-Paris

Única distribuidora para todo o Brasil.

SOCIEDADE ENILA LTDA.

Rua Riachuelo, 242 — Rio

Rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo.

---

AMAMENTAÇÃO  
CRESCIMENTO  
GRAVIDEZ

**ANTI-ESPASMÓDICO  
VASCULAR**

•

**DILATATOR DAS  
ARTÉRIAS CORONÁRIAS**

Cloridrato de papaverina.....	0,03 gr.
Teobromina — salicilato de sódio .	0,20 gr.
Teofilina — acetato de sódio.....	0,10 gr.
Fenil-etil-malonil-uréia .....	0,01 gr.
Cila (pó) .....	0,05 gr.
para uma drágea	

*urilene*

**Papaverina**

DRÁGEAS

AFECÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS DAS CORONÁRIAS  
HIPERTENSÃO E SUAS COMPLICAÇÕES  
TROMBOSES E EMBOLIAS DAS ARTÉRIAS PERIFÉRICAS  
ANGIOESPASMOS CEREBRAIS



**LABORATORIOS ENILA S. A.**  
RUA RIACHUELO, N.º 242 — CAIXA POSTAL 404 — RIO  
Rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo.

## O valor do B. C. G.

**Dr. B. Pedral Sampaio**

*Vice-presidente da Liga Paulista contra a Tuberculose*

Primeiro de julho de 1921 assinala marco importante na história da luta sem treguas do homem contra a tuberculose.

Nesse dia foi anunciada ao mundo a primeira aplicação a um ser humano, de novo metodo de defesa contra a tuberculose, baseado na criação de um bacilo-vacina, destituído de qualquer virulência e incapaz de produzir tuberculose evolutiva, dotado, porem, da propriedade de despertar no organismo os processos naturais de defesa contra ataques de germes virulentos da tuberculose, que estão em toda parte.

Esse germe, apresentado ao mundo com as iniciais B.C.G. — Bacilo Calmette Guérin — não era uma tentativa a mais, nem tão pouco um risco a que se iriam submeter seres humanos, e muito menos improvisação de um processo, baseado em concepções individualistas e apressadas. Ao contrario, o B.C.G. era oferecido à ciência mundial e empregado no homem depois de longos e pacientes estudos por 13 anos, durante os quais o germe inicial foi adquirindo características próprias de inocuidade e de capacidade de proteção do organismo animal contra germes virulentos, através de 230 passagens em meios especiais de cultura.

Assim, ao ser usado pela primeira vez no homem, já tinha sido exaustivamente comprovado que o B.C.G. preenche sem qualquer restrição, todas as exigencias:

- a) B.C.G. era um germe inócuo a todas as espécies animais;
- b) não produzia em animais lesões tuberculosas evolutivas;
- c) apresentava-se com características dos "vírus fixos" incapaz, portanto, de readquirir suas propriedades primitivas, fossem quais fossem os artificios de laboratório, inclusive passagem pelo organismo dos bovídeos, seu hospede primitivo natural;
- d) possui evidente poder protetor contra germes tuberculosos virulentos.

Nunca qualquer método foi submetido a crivo científico mais cerrado e mais rigoroso, nem foram os dados obtidos interpretados com maior cautela e isenção, a par de completo desinteresse economico, pois o B.C.G., desde a primeira hora, não foi objeto de lucro comercial de qualquer espécie.

Vencendo percalços e dificuldades de toda a sorte, uns nascidos do pouco conhecimento dos fatos, outros da interpretação facciosa das coisas, como o "acidente" de Lubeck, o B.C.G. é aceito atualmente em todos os países civilizados como medida útil e destituída de qualquer perigo na prevenção da tuberculose.

Nunca é demais descrever o que foi o "acidente" de Lubeck:

Do Instituto Pasteur de Paris foi enviada uma cultura de B.C.G. para Lubeck, na Alemanha, onde deveriam ser preparadas vacinas para serem administradas a crianças recém-nascidas no Hospital Municipal daquela cidade. Por motivos que não puderam ser explicados, na ocasião da preparação da vacina foram utilizadas não as culturas de B.C.G., mas culturas de germes tuberculosos virulentos, que haviam sido guardadas na mesma estufa. Em consequencia disso, aconteceu o inevitavel: a maior parte das crianças que receberam a pretendida vacina veio a morrer de tuberculose.

Esse fato doloroso foi, de boa e má fé, atribuído ao proprio B.C.G. em quase todo o mundo e, quando o rigoroso inquerito feito na Alemanha para apurar as causas precisas do fato emitiu sem veredito, cinco anos mais tarde, não foi mais possível obter-se recuperação completa de confiança na inocuidade do B.C.G.

O rigor científico que presidiu a criação do B.C.G., a honestidade de interpretações na observação de indivíduos premunidos, os cuidados e rigor usados na triagem de indivíduos candidatos à premunicação — indivíduos clinica e radiologicamente são e analérgicos à tuberculina — aliados ao fator tempo, teriam de permitir, como permitiram, que a verdade dos fatos aparecesse por fim.

E' grato verificar que nesse 27.º aniversario do B.C.G. as fases de inocuidade e de eficiencia do B.C.G. já são aceitas como ponto pacifico em toda a parte, dirigindo-se as pesquisas dos investigadores já agora no sentido da obtenção de meios que permitam tornar o método cada vez mais eficiente, mais simples, e na obtenção de produto que não esteja sujeito a prazo de validade restrito, como, por exemplo, a vacina em pó para ser emulsionada ou dissolvida no momento em que deva ser utilizada.

E' de crer que o interesse que os Estados Unidos começaram a dispensar ao B.C.G. ultimamente venha oferecer oportunidade para a solução de alguns dos problemas da industrialização em larga escala da vacina.

Os resultados das pesquisas feitas naquele país com o B.C.G. em agrupamentos de índios ("Reservations") foram tão convincentes em suas conclusões quanto ao valor protetor da vacina, que os Serviços de Saúde Pública passaram a recomendar seu largo uso e a Universidade de Illinois construirá o Instituto de Prevenção, edifício de 15 andares que deverá ter entre suas atribuições a de fabricar e distribuir a vacina B.C.G. para toda a América do Norte e Central.

Ao mencionar o fato, o dr. Andrew Ivy, vice-presidente dos collegios profissionais e hospitais da Universidade de Illinois, declarou: "Se o B.C.G. fosse dado a todas as crianças e adultos ainda não infectados pela tuberculose, estou convencido de que dentro de 20 a 40 anos poderíamos eliminar a necessidade de tratamento em sanatórios, que nos custam milhões".



O Brasil foi dos primeiros países a se interessarem pelo B.C.G., sendo o prof. Arlindo de Assis o iniciador do método em Niterói, quando assistente do Instituto Vital Brasil. As amostras de B.C.G. vieram diretamente do Instituto Pasteur de Paris e serviram posteriormente para todos os transplantes existentes no Brasil.

Desde então, Arlindo de Assis se tem mantido no posto de orientador seguro e infatigável dos trabalhos de calmetização entre nós, representando seus trabalhos e os de sua escola, pela base científica e rigor de "controle" que os caracterizam, uma das mais importantes contribuições que a cultura médica brasileira pode oferecer ao cenário científico mundial.

Sob o influxo de seus estudos, instalaram-se os núcleos de preparação, estudo e aplicação da vacina em vários Estados, sendo o Bacilo Calmette Guérin trazido para São Paulo por Eduardo Vaz, que era nessa ocasião assistente do Instituto Butantã.

As primeiras partidas de B.C.G. fabricadas no Instituto Butantã em 26 de maio de 1926, a-pesar-de distribuídas para emprego em Centros de Saúde, não foram utilizadas, só se realizando a primeira premunição no Estado de São Paulo em 4 de julho de 1926, por intermédio de Nelson de Sousa Campos, então doutorando, na pessoa de M. A. G., atualmente residente nesta Capital.

Desde então, o B.C.G., logo amparado por Clemente Ferreira, passou a ser usado em filhos de tuberculosos, podendo o numero de premunições feitas desde aquela data até junho de 1929 ser computado em 150, por aproximação.

O emprego progressivo da vacina em nosso Estado permite alcançarmos um total de 103.000 premunições em 31 de maio de 1948.

O Serviço B.C.G. é hoje dependência da Divisão do Serviço de Tuberculose e para execução de seus trabalhos se acha articulado com entidades oficiais e particulares da capital e do interior do Estado: Dispensários de Tuberculose, Centros de Saúde, Pams, Maternidades e Clínicas particulares.

A emissão vacínica atualmente empregada é fabricada pela Fundação Ataulfo de Paiva, sob orientação de Arlindo de Assis, e é fornecida a São Paulo pelo Serviço Nacional de Tuberculose através da Companhia Nacional de Tuberculose.

O Serviço de B.C.G. de São Paulo tem seguido de perto as modificações e aperfeiçoamentos de técnicas, estando hoje adotado o método de dose única de 0,10 de B.C.G., para recém-nascidos, a partir do 4.º dia de vida, e a dose única de 0,20 para pessoas de outras idades, por via oral.

A vacinação concorrente, o mais recente dos aperfeiçoamentos do método, indicada por Arlindo de Assis, e que consiste na repetição mensal das doses de B.C.G. em recém-nascidos que vivem em meio intensamente infectado, também já está em uso nesse Serviço, passando de dez os casos de crianças assim vacinadas que estamos acompanhando de perto.

Sabe-se de longa data que o B.C.G. não traz complicação alguma quando administrado a pessoas alérgicas e mesmo a indivíduos tuberculosos, mas continuamos a pensar que devem ser mantidas as normas clássicas de triagem para seleção de candidatos à premunição pelo B.C.G.: a) 3 provas de Mantoux com diluições decrescentes — 1/1000, 1/100, 1/10; b) exame radiológico.

Somente desse modo poderão prevalecer as bases científicas do processo utilizado e apurar-se, com o passar do tempo, cada vez mais, as conclusões do valor e duração da capacidade de proteção da vacina.

A justificativa mais forte que apresentam os partidários da vacinação em todos os indivíduos, indistintamente analérgicos e alérgicos, é facilitar-se desse modo a disseminação da premunição.

Não acreditamos que esse caminho permita alcançar o objetivo visado. Porque se estamos empregando maior quantidade de vacina, não estamos realmente premunindo na mesma escala, de vez que grande parte das pessoas que recebem a B.C.G. já estava alérgica, o que vale dizer, não tiraria proveito dela.

Se se deseja intensificar a vacinação pelo B.C.G. e com isto mudar as curvas de incidência da tuberculose, o caminho a seguir consiste em convergir todos os esforços no sentido de premunir recém-nascidos em ponto de saturação em todo o Es-



tado e premunir, paralelamente, como trabalho subsidiário e complementar, tantos quantos forem verificados analérgicos em quaisquer postos sanitários em que se façam exames de coletividades.

E' erro supor que o B.C.G. deverá ficar reservado a pessoas que provenham de famílias tuberculosas ou que vivam em meio infectado.

A tuberculose, infelizmente, está em toda a parte; conhecida, inaparente ou ignorada. Se assim é, a arma melhor que podemos no momento dispor contra ela deverá também estar em toda a parte.

Os trabalhos realizados até aqui pelo Serviço de B.C.G. em São Paulo devem ser considerados como esboço do que precisamos fazer, se nos lembrarmos de que nascem anualmente 250.000 pessoas no Estado de São Paulo. A realização dessa tarefa pesada, mas também magnífica, que nos traçamos, só poderá ser realizada com a colaboração ampla e pertinaz das Prefeituras, das Associações de classe de toda especie, das parteiras, maternidades, hospitais, medicos e povo, com a Divisão do Serviço de Tuberculose, que supervisiona e dirige todo o trabalho no Estado.

A Liga Paulista contra a Tuberculose, ao instituir o "Dia do B.C.G.", põe em seu acervo mais um serviço relevante á causa da saúde do povo, agitando o palpitante problema da profilaxia da tuberculose no Brasil.

# CITONECRON

## ex-TONECRON

PRINCIPIO ANTITÓXICO DO FIGADO  
(fração hidrossolúvel)

ASSOCIADO À VITAMINA B<sup>1</sup>

ESTIMULANTE DA FUNÇÃO ANTITÓXICA  
— DO FIGADO —

ALTAMENTE CONCENTRADO E PURIFICADO

Em duas apresentações:

Ampolas de 3 cm<sup>3</sup> com 20 mg. de Vitamina B<sup>1</sup>

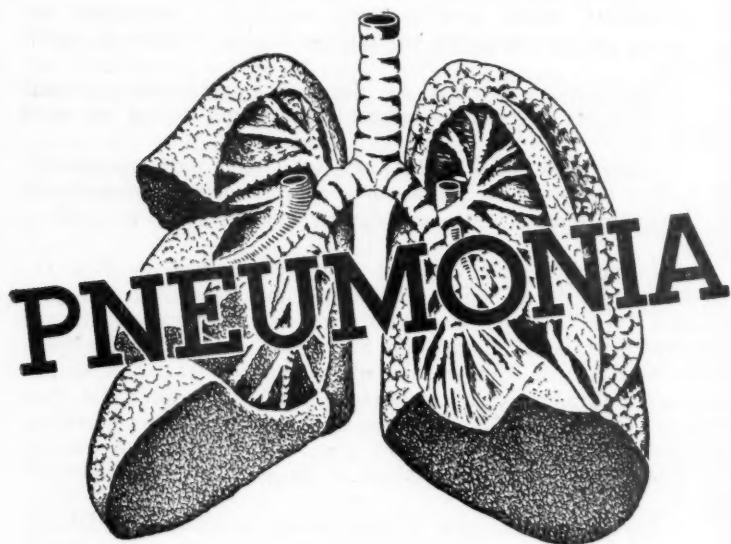
" " 1 " " 5 " " " "

*Unicos Distribuidores:*

COMPANHIA FARMACEUTICA BRASILEIRA  
VICENTE AMATO SOBRINHO S/A.

PRAÇA DA LIBERDADE, 91

SÃO PAULO



Recurso máximo da  
sulfamidoterapia contra o  
**PNEUMOCOCCO**

**PORCENTAGEM SURPREENDENTE DE CURAS**



COMPRIMIDOS A 0,50 g

TUBO DE 20 • ESTÔJO DE 6 • ENVELOPE DE 2



# DAGENAN

★ CORRESPONDÊNCIA: RHODIA — CAIXA POSTAL 95-B — SÃO PAULO ★

R.91-145

PANAM — Casa de Amigos

## PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

## Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE MEDICINA EM 20 DE SETEMBRO DE 1947

Presidente: Dr. Luis Décourt

**A prova da Bromosulfaleína Hepática estudo em 200 casos —** Dr. Gustavo Friozi — O autor apresenta aos resultados de seus estudos com a prova da bromosulfaleína nos Estados Unidos e nesta Capital. Estudou perto de 204 casos tendo concluído o seguinte:

1) A prova da brocosulfaleína é a melhor prova hepática para o diagnóstico da cirrose hepática, encontrando sua máxima aplicação na diferenciação entre úlceras pépticas sangrenta e ruptura de varizes esofágicas em casos de hematemese; diferenciação essa que pode ser feita em 35 minutos;

2) é a prova mais fiel no diagnóstico de metastase no fígado;

3) nas hepatites é a última das provas a se tornar negativa;

4) é a que primeiramente evidencia comprometimento do fígado nas intoxicações exógenas e endógenas;

5) não serve nos casos de icterícia;

6) dá falsos resultados quando há insuficiência cardíaca congestiva.

**Comentários:** Dr. Macedo Ribeiro — Os autores dizem que a prova da bromosulfaleína é contra-indicada nos casos de icterícia. Queria saber se há dificuldade em se fazer as leituras nesses casos.

Dr. Sílvio Carvalhal — Queria indagar do colega, que nos trouxe algumas novidades dos Estados Unidos, o seguinte: extranei que os livros americanos dessem tanta importância à prova da bromosulfaleína. Queria saber se a sua opinião no que diz respeito à afecção dentro do lóbulo hepático, se não perturba a sensibilidade da prova.

Dr. Gustavo Friozi — A prova da bromosulfaleína traduz o funcionamento do tecido hepático, pois parece ser captada pelo siste-



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462

Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.º

**ESTABILIZANTE**  
(VIA GÁSTRICA)

Colóides estabilizantes contidos no sêro de animais previamente preparados.

Indicado nas frequentes perturbações dispepticas das crianças sujeitas ao alimento artificial. É um poderoso estimulante de todas as secreções externas das mucosas e das glândulas do aparelho digestivo. Impermeabiliza a mucosa do tubo digestivo aos agentes tóxicos e infecciosos. Medicação específica das cólites.

Doses: UMA AMPOLA ADICIONADA AO LEITE DE CADA REFEIÇÃO.

ma retículo endotelial que por sua vez segue ao tecido hepático. Qualquer lesão que afete estes dois sistemas ou qualquer lesão que perturbe o escoamento da bilis e que vá repercutir no parênquima hepático dará um resultado positivo na prova. Nos casos de retenção icterica, a prova é aceita com certas reservas, mas há casos como numa congestão passiva do fígado em que podemos encontrar resultados positivos. Devemos considerar ainda que as provas hepáticas são geralmente tomadas em conjunto.

Ao Dr. Macedo Ribeiro o A. responde que a prova evita possibilidades de erros e crescenta que naturalmente o método foto-elétrico é muito mais preciso, porém nas ictericias desde que haja retenção biliar haverá na certa retenção de bromosulfaleína.

**Resultados do tratamento da Hipertensão e das Nefropatias Difusas pela dieta de arroz** — Drs. Hélio L. Oliveira, Antonio de Ulhôa Cintra, Luis Dias Patricio e Emilio Mattar — Os AA. apresentam os fundamentos da dieta de arroz proposta por Kempner para o tratamento da hipertensão e das nefropatias difusas. Essa dieta é hipoproteica, pobre em gordura e muito pobre em sodio.

Apresentaram os resultados obtidos com o uso de tal dieta em três doentes com hipertensão, insuficiência renal de graus diversos, perturbações da visão e alterações graves do fundo do olho; em dois deles, anormalidade eletrocardiográficas representadas por alterações da onda T.

Após 2 ou 3 meses de dieta de arroz houve abaixamento da pressão em dois casos, melhora acentuada da visão em todos, modificações favoráveis do fundo de olho, normalização da onda T e conservação dos níveis iniciais das soro-proteínas.

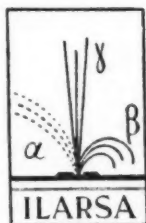
**Comentários:** Prof. Celestino Bourroul — Comentando o trabalho apresentado o prof. Celestino Bourroul acrescenta que a dieta de arroz já há muito usada pelos

alemães no tratamento da hipertensão e que no momento a tendência parece ser de adotar a mesma terapêutica. Lembra ainda a baixa taxa de casos de hipertensão no Japão, o que parece ser devido ao tipo de alimentação ou talvez ao temperamento ou religião.

Dr. João Alves Meira — Queria cumprimentar os autores e trazer o meu testemunho a esses casos, que também tive oportunidade de observar nos Estados Unidos e que em resumo é o que foi dito pelos autores. Um pequeno detalhe é que na América do Norte, o arroz, é preparado em tôdas as refeições e em tôdas as maneiras possíveis de modo a se adaptar ao paladar do doente.

Dr. Luiz Decourt — Queria que o Dr. Hélio Lourenço esclarecesse as seguintes questões: os doentes tratados no Hospital, voltaram ao ambulatório para mudar a dieta? Os doentes tiveram edema e qual foi a influência da dieta nesse caso? Finalmente acho que as modificações nos edetocardiogramas apresentados são devidas a variação de pressão em virtude da sobrecarga atrio-ventricular.

Dr. Hélio Lourenço de Oliveira — Diante dos benefícios da dieta de arroz nos casos de hipertensão ocorreu-me também como o Prof. Celestino agora lembrou, a questão da frequência da hipertensão entre os povos que como os orientais já baseavam a sua alimentação tradicional no consumo desse cereal. Não colhi dados objetivos sobre isso mas algumas informações indicam existir a hipertensão lá como cá. Não sei até que ponto tal fato valerá como argumento quanto ao valor real do regime de arroz, porquanto aqueles povos consomem também peixes e outros alimentos e provavelmente não fazem restrição de cloreto de sódio. Agradeço a atenção dispensada pelo Prof. Celestino Bourroul ao comentar o nosso trabalho e a contribuição das noções que lembrou sobre o emprego do arroz em dietética. Ao Prof. Alves Meira tenho a dizer



## EMANAÇÃO DE RADIUM

concentrada para banhos com valores iguais ou superiores aos das mais reputadas estações hidromedicinais do mundo, banhos que são tomados na própria casa do cliente.

INDICAÇÕES: Nevralgias ciáticas, Artrismo, Reumatismo gotoso, Eczema diatéxico exsudativo, Urticária, Estados alérgicos, Desequilíbrio neuro-vegetativo dos hipertireoidianos, etc.

*Entregas somente contra receita médica!*

LITERATURA Á DISPOSIÇÃO DOS SENHORES MÉDICOS.

**Instituto Latino-Americano de Radon S.A.**  
**"ILARSA"**

RUA CONS. FURTADO N.º 645 — TEL. 4-3589 — SÃO PAULO

### CONSELHO TÉCNICO-CIENTIFICO

*João Aguiar Pupo*

*Oscar Cintra Gordinho*

*Antonio Prudente M. de Moraes*

*James Ferraz Alvim*  
(Suplente)

*Nelson Souza Campos*  
(Suplente)

*Jorge de Andrade Maia*  
(Suplente)

### DIRETORIA

*Eurico Branco Ribeiro*  
Diretor Medico-Científico

*Luiz Cintra do Prado*  
Diretor-Técnico

*Brasílio P. Baptistella*  
Diretor-Superintendente

GERÊNCIA TÉCNICA  
*Raymundo De Burlet*

que aqui também foram tentados os métodos possíveis de se preparar o arroz. O que deu entretanto melhor resultado foi o arroz simplesmente cozido com água e adoçado com mel. Quanto aos detalhes dietéticos tivemos o cuidado de seguir a dieta de Kampner, integralmente. Devo responder ao Dr. Decourt, que os doentes estiveram internados até poucos dias para este estudo e dois deles ainda o estão. Nenhum deles tinham edema clinicamente evidenciável; a mesma dieta empregada em uma doente cuja ascite só se reduzia por repetidas paracentesis, permitiu reduzir muito bem esse derrame e evitar novas punções. A sua interpretação da causa das melhoras eléto cardiográficas é uma colaboração pela qual devemos agradecer.

**Estudo do quadro clínico de 3 casos de hiperparatireoidismo com diferentes graus de alterações ósseas** — Drs. Antonio B. de Ulhôa Cintra, Emilio Mattar, Atilio Zalanze Flosi e Hélio Lourenço de Oliveira — O presente trabalho se baseia no estudo de 3 casos de hiperparatireoidismo com diferentes graus de lesões ósseas. O primeiro se refere a um caso típico de osteíte fibrosa generalizada.

A paciente faleceu e o estudo anátomo-patológico foi feito. Devido à fraturas patológicas, a paciente permaneceu imobilizada durante longo tempo.

A possibilidade do repouso prolongado no leito ter acentuado a excreção urinária de cálcio e fósforo, e, consequentemente agravado a desmineralização óssea é discutida.

A segunda paciente apresentava: Osteoporose generalizada, hiperosfatemia, hipofosforemia, hipercalcemia mesmo com dieta pobre em cálcio. A paciente tinha também acentuada insuficiência ovariana com esfregaço vaginal atrófico. A possibilidade da deficiência estrogênica ser responsá-

vel pela excreção reduzida de ácido cítrico é discutida. A paciente foi operada e removeu-se um adenoma das paratireoides.

O último caso refere-se a um paciente com hiperparatireoidismo sem evidência clínica ou radiológica de lesão óssea. O paciente apresentava: Hipofosforemia, hipercalcemia com dieta pobre em cálcio e nefrolitase.

Todos os pacientes apresentavam: Nefrolitias, hipercalcemia com dieta pobre em cálcio e hipofosforemia.

Os autores discutem o mecanismo patogênico do hiperparatireoidismo, acentuando que o hormônio atua fundamentalmente sobre o metabolismo do cálcio e fósforo, e, secundariamente, diretamente sobre os ossos.

Nos casos de hiperparatireoidismo sem lesões ósseas os elementos fundamentais para o diagnóstico são: Hipofosforemia, hipercalcemia com dieta pobre em cálcio e nefrolitase (cálculos dos fosfatos de cálcio).

Comentários: Dr. Gustavo Friozzi — Queria cumprimentar os AA. pelo excelente trabalho apresentado. Desejo acrescentar um caso de anúria transitória que foi tratado com lavagem peritoneal com líquido de Ringer, para desintoxicar o organismo. Quem tiver algum doente nessas condições e quizer tentar essa terapêutica pode mandar buscar no meu consultório todos os detalhes necessários, caso não os possua.

Dr. Atilio Z. Flosi — Sobre a questão da lavagem peritoneal também foi tentada nesses casos. O Dr. Veiga Sales procurou introduzir esse processo, conseguiu a aparelhagem necessária, mas ainda não a aplicou. Tentamos fazer essas lavagens, mesmo sem dispor do material necessário, injetando com uma seringa, grande quantidade de líquido e depois tentando retirá-lo, mas não deu resultado.

**Philergon** Fortifica de fato



## SECÇÃO DE MEDICINA EM 20 DE SETEMBRO DE 1947

Presidente: Dr. Mario Lepolard Antunes

**Crítica das derivações unipolares dos membros** — Dr. Paulo de Toledo — As equações fundamentais que definem as derivações clássicas como função das unipolares dos membros são as seguintes:

$$\begin{aligned} \text{DI} &= L - R \\ \text{DII} &= F - R \\ \text{DIII} &= F - L \end{aligned}$$

Isto quer dizer que as clássicas são funções estrita das unipolares.  $C = (U)$ .

Ora, como experimental e teoricamente demonstra-se que  $R + L + F = O$ , por transformação simples chega-se ao resultado

$$L = \frac{\text{DII-DIII}}{3}$$

e a resultados semelhantes em relação aos valores de R e F, o que quer dizer que  $U = f(C)$ .

Ora, se as clássicas e as unipolares são funções simples uma das outras, reciprocamente, conclui-se que tudo o que está contido em um sistema está implicitamente contido em outro. E' questão apenas de saber interpretá-los corretamente.

Geometricamente, podemos representar as ativações do músculo cardíaco por uma sucessão de vetores que se sucedem no tempo, variando sua orientação no espaço, rodando em torno de um ponto central e, geralmente, da direita para a esquerda.

Assim sendo, cada um desses vetores dará nas derivações clássicas os acidentes Q, R e S e os acidentes correspondentes nas unipolares. Como as clássicas e as unipolares são apenas expressões diversas de vetores idênticos, claro é que todos os acidentes vectoriais que se manifestam nas clássicas tem seus correspondentes nas unipolares e vice-versa.

A colocação do eixo vectorial de acordo com as clássicas, no

triângulo de Eithoven, permite prever a direção e a amplitude dos principais acidentes das unipolares.

Podemos assim pela inspeção das clássicas dizer como se manifestarão nas unipolares os acidentes P, o complexo ventricular como um todo e a onda T. Inversamente, a inspeção das unipolares permite prever os acidentes das clássicas, inclusive o Eixo elétrico médio, com toda a precisão.

Não se trata porém de fazer sistematicamente estas transformações, nêsse caso seria mais fácil executar as unipolares desde logo. Trata-se apenas de demonstrar que tudo o que se deduz de um sistema pode ser igualmente deduzido do outro.

Podemos optar por um outro, escolhendo entre clássicas e unipolares o sistema que nos parecer mais cômodo. O que me parece inútil, por redundante e supêrfluo, é fazer ambos.

A projeção de diversos traçados permite verificar a verdade dessas acções.

Quanto à posição elétrica do coração ela é dada pelo eixo elétrico principal, fornecido pelas derivações clássicas e não necessita das unipolares para ser determinada. A determinação da posição elétrica pelas unipolares e precordiais nada mais é que a consequência da posição do eixo elétrico do coração.

Resta a questão da onda Q negativa em DIII. Esta é realmente mais difícil e como a onda Q, negativa isoladamente nessa derivação, indica a existência de um vetor situado entre  $+30^\circ$  e  $-30^\circ$  graus, as unipolares nos permitem dizer se ela está entre o e  $+30^\circ$ , caso em que é normal e não se manifesta em F ou entre o e  $-30^\circ$ , caso em que é normal e não se manifesta-se-á em F. Aliás essa posição de Q pode ser deduzida, embora com mais trabalho, do estudo das derivações clássicas. Considerando-se, porém, que na

análise de Q importam mais as suas dimensões que a direção espacial, deduz-se que nem aqui as unipolares oferecem grande vantagem.

Outro ponto que desejo focalizar, embora com as reservas de uma nota prévia é a estreita relação entre a forma das derivações precordiais e a direção geral do maior vetor, isto é, do eixo elétrico médio.

A forma das precordiais in-dividido normal é de tal modo semelhante à forma das deflexões que obteríamos deslocando um electrodo explorador ao longo de uma fibra muscular simples, percorrida pela excitação, que é ao longo de uma fibra muscular simples, percorrida pela excitação, que é pouco provável que essa semelhança seja uma simples coincidência. É mais plausível admitir que as precordiais, embora influenciadas pelas porções cardíacas mais próximas, sejam em última análise o resultado da transmissão global dos vetores cardíacos captados em pontos diversos do tórax.

Esta concepção sintética permite em muitos casos de desvio do eixo elétrico prever a direção das precordiais e vice-versa, indicando assim as íntimas relações que existem entre os sistemas de derivações dos membros (clássicas ou unipolares) e as precordiais.

Comentários: Dr. M. Romero Neto — Primeiramente desejo felicitar o Dr. Paulo de Almeida Toledo pela maneira brilhante com que estudou as relações entre derivações clássicas e unipolares dos membros. Desejo, também, fazer alguns comentários às críticas que o A. fez das derivações unipolares dos membros, e para maior facilidade de exposição, peço permissão à mesa para ir até ao quadro negro. Realmente, como muito bem acentuou o A., do mesmo modo como conhecendo-se as derivações unipolares dos membros podemos prever a morfologia das clássicas, podemos, também, fazer o inverso. Isto é conhecendo-se as derivações clássicas podemos prever a

forma das unipolares dos membros. O A. partindo das equações seguintes:

$$\begin{aligned} D1 &= VL - VR \\ D2 &= VF - VR \\ D3 &+ VF - VL \\ VR + VL + VF &= 0 \end{aligned}$$

estabeleceu a equação que se segue:  $VF = \frac{D3 + D3}{3}$ . Mostrou,

também, que por dedução semelhante pode-se estabelecer fórmulas para VR e VL em função apenas de duas das derivações. Ora,

$$\begin{aligned} \text{essas fórmulas } (VR &= -\frac{e1 + e2}{3}; \\ VL &= \frac{e1 + e3}{3} \text{ e } VR = \frac{e2 + e3}{3}) \end{aligned}$$

são bem conhecidas. Elas foram, em 1931 estabelecidas por Wilson quando estudou o potencial elétrico nos vértices dos triângulos de Einthoven. E, baseado nessas fórmulas é que ele demonstrou ser zero a soma do potencial elétrico cardíaco transmitido aos membros ( $VR + VL + VF = 0$ ). Aliás, esses estudos constituíram as bases teóricas que permitiram Wilson crear o seu terminal central, o que tornou possível a obtenção de derivações unipolares. Vê-se, pois, que a estreita relação entre derivações unipolares dos membros e clássicas foi posta em evidência desde os trabalhos iniciais de Wilson. Entretanto, para uma dedução rigorosa da morfologia das derivações unipolares dos membros a partir das clássicas ou vice-versa, torna-se indispensável que sejam tiradas derivações simultâneas. Assim, por exemplo, se não tirarmos derivações simultâneas, não temos elementos para saber com que porção da onda de despolarização ventricular registrada em VL está sendo somada uma onda Q registrada em VF. Admitamos que a porção inicial da onda de despolarização ventricular registrada em VL seja positiva e a porção final seja negativa e da mesma amplitude da onda Q registrada em VF. A forma do complexo ventricular em D3 será inteiramente diferente, se aquela onda Q re-



## Se faltar ou não fôr suficiente o leite materno...

e fôr necessário o emprêgo de um leite acidificado tipo Marriott, o médico encontrará, na série dos Produtos Nestlé, uma nova especialidade, o leite em pó Pelargon, alimento completo, de grande valor nutritivo e muito bem tolerado na alimentação do lactente sadio.

O Pelargon vem sendo largamente empregado, em todos os países, na alimentação do lactente normal, com ótimos resultados.

Tem-se mostrado de particular utilidade como preventivo dos distúrbios gastro-intestinais e de grande proveito para os lactentes que só aceitam pequena quota de alimento, por inapetência ou por intolerância gástrica (vômitos). Favorece a profilaxia e o tratamento do raquitismo e das anemias alimentares do lactente.

O Pelargon oferece sôbre o leite fresco acidificado as seguintes vantagens: Absoluta pureza bacteriológica - Composição e grau de acidez constantes - Modo simples de preparo.

# Pelargon



LEITE EM PÓ COMPLETO,  
ACIDIFICADO E ADICIONADO  
DE AMIDO PRÉ-COZIDO E DE  
AÇÚCARES SELECIONADOS

UM *novo* PRODUTO NESTLÉ

gistrada em VF se somar com a porção inicial ou final da onda de despolarização ventricular registrada em VL. No primeiro caso, em D3 teremos uma onda Q mais ampla que aquela registrada em VL. No segundo caso, em D3 não registraremos onda Q e na força final teremos um entalhe e uma segunda onda R. Entretanto, para o registro de derivações simultâneas torna-se necessário aparelho especial com duas cordas, que ainda não está, de um modo geral, ao alcance dos clínicos. Não obstante, mesmo que sejam utilizadas derivações simultâneas, para uma interpretação detalhada na gênese dos acidentes que são registrados nas clássicas precisamos fazer uma análise, demorada e trabalhosa. Só assim, poderíamos distinguir nas derivações clássicas, os acidentes do eletrocardiograma que realmente são registrados nos membros daqueles artificiais resultantes da soma algébrica do potencial elétrico cardíaco transmitido, isoladamente a cada um dos membros. As derivações unipolares dos membros mostram, à uma simples inspeção como o potencial elétrico cardíaco registrado, isoladamente, em cada membro, entra na gênese dos diversos acidentes registrados nas derivações clássicas. Em grande número de casos o potencial elétrico registrado isoladamente, no braço esquerdo ou na perna esquerda corresponde ao potencial elétrico cardíaco registrado no ventrículo direito ou no ventrículo esquerdo. Daí o grande valor das derivações unipolares dos membros, permitir relacionar, de um modo fácil, a uma simples inspeção, os acidentes registrados nas derivações clássicas com aqueles registrados nas precordiais.

Dr. Horácio Kneese de Melo — Diz inicialmente que o trabalho do A. é interessante, mas que deseja fazer a defesa das derivações unipolares das extremidades. A crítica geral que se pode fazer ao mesmo é, como já disse o Dr. Romeiro que pelo processo apresentado nós temos, partindo das direções clássicas, uma idéia geral das

unipolares dos membros, sem detalhes. Estes só poderiam ser obtidos se tivéssemos, não o eixo elétrico médio, mas vários eixos momentâneos, de modo que pudéssemos com eles construir os complexos QRS das unipolares, com as suas várias deflexões.

Para tal precisaríamos empregar um eletrocardiômetro que nos desse dois traçados simultâneos. Ficaria, portanto, bastante complicado o processo e torna-se muito fácil obterem-se as derivações unipolares das extremidades. Não é a forma geral das mesmas que nos interessa, mas sim o estudo das suas várias deflexões.

Quanto à questão das relações entre as derivações clássicas e as unipolares, é claro que existem, girando ambos os tipos de derivações em torno de uma causa só. Senão guardassem entre si uma relação estreita, não poderíamos admitir nem mesmo o terminal central. Temos que admitir "a priori" toda a teoria de Eithoven para admitirmos as unipolares das extremidades. Quanto à onda T a questão também é complicada. Não podemos aqui estudar somente a direção da onda, mas sim as suas áreas. Continuo achando que as unipolares ajudam muito. O Dr. Paulo Toledo disse inicialmente que partiria do mais simples para o mais complexo, das clássicas para as unipolares. Eu proporia que ele invertesse essa frase: partir do mais simples para o mais complexo, das unipolares dos membros para as clássicas. Em relação a eixo elétrico e posição elétrica do coração, não há dúvida que um decorre de outro. Ninguém, entretanto, pode negar às unipolares o valor das mesmas na explicação de certos fenômenos contraditórios. Nas hipertrofias esquerdas, por exemplo, se o coração tiver posição elétrica vertical o eixo elétrico se desviará não para a esquerda, mas para a direita. As unipolares vieram mostrar o porquê desta questão. Quanto à negatividade de aVL no recém-nascido, não há dúvida que o fato se passa como explicou o Dr. Paulo de Toledo. O que eu queria saber, entretanto, é

porque o eixo se apresenta nessa posição no recém-nascido. Questão mais difícil de explicar é porque temos uma zona no hemitórax direito em que o potencial é positivo, visto que os dois ventrículos do recém-nascido tem uma espessura praticamente igual.

Dr. Augusto S. Mascarenhas — Depois de haver ouvido os comentários que me precederam pouco me resta a acrescentar. No entanto me permito lembrar que Wilson já havia descrito com muita clareza todas as relações expostas pelo Dr. Paulo de Almeida Toledo, inclusive as várias relações existentes entre as posições elétricas por ele descritas e a direção do eixo elétrico em Q. R. S. a partir das derivações clássicas.

No entanto, foi esquecido pelo Dr. Toledo um fator indispensável para a validade de todas as equações expostas: o fator tempo. Na realidade as referidas equações são válidas apenas quando sabemos os fenômenos elétricos que se passam simultaneamente nas várias derivações. Isto consegue-se somente com as derivações simultâneas. As relações expostas pelo Dr. Paulo Almeida Toledo de modo algum explicam que o conhecimento do eixo elétrico simultâneo, obtido a partir das derivações clássicas possam substituir, para todos os propósitos, a determinação da posição elétrica, segundo a técnica seguida por Wilson. Este autor, no artigo em que descreve as relações entre as derivações unipolares dos membros e precordiais (posição elétrica) chama a posição para a possibilidade de serem distinguidas as anomalias do ecg. decorrentes de posições anômalas, daquelas determinadas pela anomalias cardíacas.

Assim, três tipos de desvio elétrico de Q. R. S. para a direita poderiam ser observados 1.º) normalmente, em um indivíduo com o coração ocupando uma posição elétrica vertical (anomalia de posição); 2.º) Desvio do eixo elétrico para a direita em indivíduos portadores de hipertrofias ventriculares direitas com o coração ocupando uma posição elétrica

vertical (anomalia cardíaca); 3.º) Desvio do eixo elétrico para a direita em indivíduos portadores de hipertrofias ventriculares esquerdas, o coração ocupando uma posição vertical (anomalia cardíaca associada a uma posição pouco habitual).

Estes fatos podem ser estendidos a análise de outras condições como por exemplo os bloqueios de ramos de His. Assim a descrição de Wilson foi um esforço no sentido de permitir a distinção entre anomalias do ecg. decorrentes de posição e dependentes de cardiopatias. Este é um problema fundamental da eletrocardiografia moderna e o próprio Wilson ainda este ano, fez um esforço para resolvê-lo sugerindo um método de determinação dos eixos espaciais, pela substituição do triângulo de Einthoven por um tetraedro.

Uma outra observação que devemos fazer ao inteligente trabalho apresentado pelo Dr. Paulo de Almeida Toledo refere-se a interpretação da onda T. Na realidade sabemos hoje que não é suficiente analisar a onda T em seu conjunto, nas três derivações clássicas como sugere o Dr. Toledo e como sugeriu a anos Ashmann teórica e experimentalmente as dependências da onda T com o QRS é de tal natureza, que o único meio realmente científico de analisar aquela é em função deste. Ainda um comentário que desejávamos fazer é em referência a um duplo eixo elétrico descrito pelo Dr. Almeida Toledo. Um duplo eixo instantâneo desse tipo só poderia ser determinado em traçados obtidos em derivações simultâneas, uma vez que é conhecido o fato de, em grande percentagem de casos, principalmente patológicos, não serem sincrônicos os acidentes das várias derivações, não preenchendo pois as exigências das regras de Einthoven. Além disso é necessário lembrar que com derivações simultâneas, somos capazes de determinar não dois eixos elétricos instantâneos apenas, porém um número grande deles, número limitado apenas pelas nossas possibilidades práticas.

O conhecimento desses eixos instantâneos sucessivos nos possibilita a construção de um vetor cardiograma, de grande interesse teórico e recentes aplicações práticas. Para terminar desejava comentar a hipótese explicativa das derivações precordiais apresentadas sob forma de nota prévia. Creio que a hipótese do Dr. Paulo de Almeida Toledo está em contradição evidente com alguns princípios bem estabelecidos e a pouco, referidos pelo Dr. Toledo. Refiro-me às relações mantidas entre a posição do eixo elétrico, pleno frontal do corpo e eixo elétrico manifesto, obtido pela análise das derivações clássicas.

Com muita razão lembrou o Dr. Toledo que no caso do eixo elétrico do coração ocupar uma posição perpendicular a posição frontal do corpo, os potenciais elétricos serão zero nas derivações clássicas. Acontece que o eixo elétrico cardíaco será perpendicular ao plano cardíaco somente quando apontar ao sentido postero-anterior. E' justamente nesse caso em que dará melhores projeções no precórdio. Isto torna evidente que a hipótese formulada é pouco adequada para explicar os fenômenos. O assunto fica perfeitamente esclarecido quando nos recordamos que o eixo elétrico do coração é um vetor que esquematiza a resultante de forças elétricas desenvolvidas em um meio condutor tri-dimensional. E' por conseguinte um eixo espacial. O eixo manifesto obtido nas derivações variando com o cosseno do ângulo formado por ambos.

E' óbvio que o aspecto das derivações precordiais depende da posição do eletrodo em relação ao eixo espacial e podemos aplicá-las bem, sabendo que o eixo espacial de QRS se dirige da direita para a esquerda, de cima para baixo e de diante para trás. Esta seria uma descrição analítica e em nada difere da descrição sintética utilizada por Wilson, uma vez que a posição atribuída ao eixo espacial de QRS (válidas para condições normais depende fundamentalmente da relação ventrículo direito: ventrí-

culo esquerdo e em pequena parte das peculiaridades de excitação do coração humano. A descrição sintética utilizada por Wilson tem ao nosso ver vantagens didáticas pelo menos no que se refere ao QRS.

Prof. Jairo Ramos — Após elogiar o trabalho apresentado pelo autor, passa a fazer as seguintes considerações: a demonstração que o Dr. Paulo de Almeida Toledo acaba de fazer, vem demonstrar, o que também em parte se deduz dos trabalhos de Wilson, a extraordinária validade do triângulo de Einthoven. Tanto faz lidarmos com as derivações clássicas como as unipolares, sempre verificamos a sua validade. Pelas equações expostas pelo A., Wilson já havia verificado que uma vez que se fizesse as derivações clássicas já se poderia deduzir as unipolares e uma vez feitas as unipolares teríamos também as clássicas, porque temos uma igualdade. A grande vantagem que vejo nas unipolares é que sendo unipolares podem marcar muito bem quais são as regiões cardíacas responsáveis pelos acidentes negativos numa determinada posição.

Continuando o seu comentário o prof. Jairo Ramos cita um caso que discordava da interpretação de Wilson, com referência à transmissão do potencial negativo das cavidades cardíacas para o braço direito. A derivação era para a direita e o que havia era uma hipertrofia ventricular direita.

Além de outras considerações a respeito da negatividade de VL e dos estudos a respeito, verificados em crianças recém-nascidas, o prof. Jairo Ramos acrescenta: o que não interessa estudar nas unipolares é o desenho do eixo manifesto. Pelas unipolares poderemos conhecer mais a gênese dos vários acidentes que constituem o complexo QRS, qual a parte do coração que interfere num determinado caso.

Relata então que se lesarmos a parede lateral, do ventrículo esquerdo, do coração de um cão veremos que vai aparecer negatividade em VL. Isso demonstra que

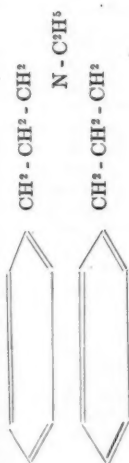


Por que o...

**PROFENAMIN** 

*é o antispasmódico  
da atualidade?*

## Porque o PROFENAMIN



- não é entorpecente.
- não produz hábito.
- é mais ativo que a papaverina.
- tem uma dose tóxica 170 vezes maior que a sua dose terapêutica.

### 3 FORMAS

PROFENAMIN — comprimidos  
PROFENAMIN — ampolas  
PROFENAMIN — Composto

**PROFENAMIN COMPOSTO**

encerra em 2 cm<sup>3</sup>,



dois poderosos  
antispasmódicos: } Profenamin e Novatropina;  
um analgésico: Dimerilamino - antipirina;  
um sedativo: Acido dialilbarbitúrico.

**LABORATÓRIO SINTÉTICO, LTDA.**

RUA TAMANDARÉ, 376 — FONE 6-4572 — SÃO PAULO

existe uma secção cardíaca que influi mais no aparecimento desse fenômeno, embora o conjunto também tenha influência.

Neste caso já não importa mais o eixo elétrico, o que importa é a zona lesada.

Dr. Paulo A. Toledo — Respondendo ao Dr. Romeiro, devo dizer que o fato de considerar as derivações unipolares como úteis, principalmente no estudo de pequenos acidentes de Q. R. S. já me dá em parte razão porque lhes tira grande valor no estudo da posição elétrica do coração e na análise da onda T, com o que estou de pleno acordo.

Quanto ao Dr. Horácio Knesse de Melo, devo dizer que considero essencial para a boa compreensão a interpretação eletro-cardiográfica quer das unipolares e clássicas como das precordiais, tomar os vetores cardíacos como um todo tendo por resultante o eixo elétrico manifesto. Só assim se compreende bem a negatividade normal de VR e a negatividade que às vezes se observa em VL nos corações verticais. Se adotarmos a concepção de Wilson da transmissão da negatividade das cavidades cardíacas para o braço direito tornam-se incompreensíveis os casos de VL e VF negativos. Esses mesmos casos tornam-se entretanto não só de fácil explicação como até de fácil previsão se analisados com esse espírito de conjunto.

Ao Prof. Jairo Ramos, agradeço a contribuição que traz ao meu modo de ver quando discorda da interpretação de Wilson no que toca à transmissão de potencial negativo das cavidades cardíacas para o braço direito em um caso de sua observação pessoal. Quanto à experiência que relata provando que a destruição da parede lateral do ventrículo esquerdo provoca negatividade de VL, devo dizer que isso decorre simplesmente da rotação do eixo elétrico para a di-

reita que resulta dessa mesma destruição.

Ao Dr. Mascarenhas, que fez considerações extremamente interessantes, devo dizer que o fator tempo é fundamental, em eletrocardiografia e que isso foi encarecido por mim no início desta palestra. Por outro lado, concordo plenamente com o que ele diz a respeito dos componentes antero-posteriores e creio mesmo que o estudo das derivações simultâneas e antero-posteriores do tórax é que nos vai fornecer a chave da interpretação de muitos fatos ainda mal conhecidos. Quanto à interpretação das unipolares, não creio que haja contradição no que disse, pois partindo do teorema que enuncia que um ponto e uma reta determinam um plano, nada há de estranhar pelo fato do eletrodo explorador, colocado sobre a superfície do tórax, registrar potenciais que se desenvolvem no plano transversal. Terminando, devo dizer que considero as unipolares como hipolares de um tipo particular, só capazes de captar os potenciais projetados no plano do triângulo de Einthoven, não oferecendo por isso sobre o sistema clássico vantagens que justifiquem sua execução sistemática justamente com aquelas. Devemos obter por um ou outro sistema e tirar do sistema escolhido todas as consequências.

**Meningo-encéfalo-mielite post-vacínica** — Nota prévia sobre um caso. — Dr. Dácio Pinheiro — Foi apresentada na reunião uma nota prévia sobre um caso de acidente de vacinação Jeneriana observado pelo autor no Serviço de Pronto Socorro do Hospital das Clínicas, com o propósito de chamar a atenção para este tipo de complicação da vacinação anti-variólica que, embora bastante raro, é de extrema gravidade, tanto assim que o caso em questão, ao dar entrada no Pronto Socorro apresentava o gravíssimo quadro de uma meningo-encefalo-mielite.

SECÇÃO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA  
EM 17 DE SETEMBRO DE 1947

Presidente: Dr. Plínio de Matos Barreto

**Núcleos ósseos e cartilaginosos nas amígdalas** — Dr. Fábio Barreto Mateus — O A. apresenta uma observação de um paciente que apresentava dificuldade mecânica à deglutição e por vezes crises inflamatórias da garganta, e outro com micose da amígdala provocada pelo "leptothrix buccalis".

Os cortes histológicos das amígdalas revelaram núcleos cartilaginosos e ósseos.

Reviu a literatura sobre o assunto, concluindo não se tratar de um processo tão raro. Opina pela teoria metaplásica achando que as infecções específicas (sífilis, tuberculose, reumatismo), assim como as perturbações cardiovasculares e a idade avançada facilitem a instalação do processo.

**Comentários:** Dr. Plínio Mattos Barreto — O Dr. Barreto citou de passagem o nome de um autor americano, que atribui relação entre esses núcleos cartilaginosos e a apófise stiloide. Fiquei pensando como seria possível explicar essa possibilidade de relação. Existe grande número de casos em que o aparelho tireóideu está ossificado, e eu mesmo já tive oportunidade de ver casos completamente ossificados, mas nunca vi em nenhum desses doentes, qualquer coisa que pudesse relacionar com esses núcleos. O A. que estudou melhor essa questão talvez possa explicá-la.

Dr. Barreto Mateus — O A. esclarece que não teve oportunidade de ver a literatura a respeito da questão levantada pelo Dr. Plínio, mas frisa que existem casos em que a hipófise stiloide faz proeminência dentro da amígdala.

**Atresias do esôfago** — Dr. Plínio Matos Barreto — O A. apresentou um resumo do trabalho que ele levou ao 1.º Congresso Pan Americano de Otorrinolaringologia, rea-

lizado em outubro de 1946 em Chicago.

Este trabalho intitulado "Tratamento das atresias do esôfago". Com especial referência ao método da combinação da esofagoscopia peroral e retrógrada com a cirurgia externa.

Foi muito apreciado por todos os congressistas reunidos em Chicago e o Dr. Plínio deixou mesmo para ser fabricado no Estados Unidos o instrumental por ele especialmente fabricado para este tipo de intervenção.

O trabalho é baseado em grande número de observações (316 casos de Estenoses cicatriciais, sendo que 30 casos totais) destes 30 casos, 20 puderam ser resolvidos só com a combinação da esofagoscopia retrógrada e peroral.

Faz ressaltar as vantagens do simples cateterismo, por via retrógrada, com o qual conseguiu resolver mais de 20 casos sem nenhum acidente. Descreve, com minúcias, a intervenção que fez, para resolver uma estenose do terço médio (combinando a esofagoscopia peroral e retrograda com a fluoroscopia em dois planos).

O principal intuito do seu trabalho é, entretanto, demonstrar as vantagens do método de combinar a esofagoscopia peroral e retrograda com a cirurgia externa. Descreve, com minúcias, como pôde resolver três graves casos de atresia. Todos eles, de atresias dos dois terços inferiores do esôfago, datando um de 11 anos, outro de 18, e o último de 23 anos.

Discute a possibilidade do método, e dá a indicação para a escolha da via de acesso transpleural, pela direita ou esquerda.

A abordagem do esôfago por via transpleural foi realizada nesses três casos pelo Prof. José Maria de Freitas, que tem sido colaborador principal no desenvolvimento desta nova técnica.

Recentemente, Dr. Plínio teve ocasião de operar mais um caso tendo a parte cirúrgica deste sido confiada ao prof. Edmundo Vasconcelos. Faz também menção de dois outros casos operados pelo Dr. J. Arruda Botelho, e, todos eles tiveram evolução igualmente favorável.

Comentários: Dr. José Augusto de Arruda Botelho — Disse inicialmente que os casos apresentados eram antigamente, abandonados pelos especialistas e passavam então, para os cirurgiões que faziam uma esofagotomia pré-esternal, o que era um fracasso, pois o sucesso era apenas temporário, de uma semana ou quinze dias, aparecendo, então, um tecido cicatricial, que provocava estenose numa ou outra parte. Não conheço nenhum caso de resultado duradouro, embora conheça alguns, que sendo dados por curados, mais tarde os doentes se apresentavam inutilizados. Quando o A. falou no diagnóstico de imperfuração citou a esofagoscopia com sondagem. Existe um processo muito interessante, principalmente para quem não é especialista. Toda vez que se suspeita de uma imperfuração, principalmente se não há bolha de ar no estômago, pode-se chegar a um diagnóstico quase seguro, procurando no mecônio células epiteliais, que existem normalmente em grande quantidade, porque a criança no útero engole líquido amniótico. Essas células são encontradas no mecônio muito facilmente, e, se não forem encontradas, podemos nos certificar de que não há passagem da bôca para o estômago.

Quanto à sua definição de estenose total, tenho o hábito de considerar estenose total somente aqueles casos em que não se consegue franquear. Os casos apresentados não devem ser de estenose total. Nos casos de estenose muito severa há sempre um fator irritativo à passagem de alimentos. De repente aparece uma falsa membrana que fecha a passagem e pode deixá-la fechada por mais de uma semana, mas depois

abre e pode chegar mesmo a dar passagem a um fio de linha.

A questão da esofagoscopia considero até benéfica. É preciso entretanto que quem a faça, conheça o fato de dar descanso ao esôfago. Tenho observado que dias depois da esofagoscopia os doentes passam melhor, isso porque para a ingestão de alimentos pelo esôfago.

Quanto à estenose total em que não passa também pela via retrógrada existe um trabalho muito bom em que se usa o isoscópio em vez do esofagoscópio. Essas estenoses, além de apresentar variações segundo o período em que se examina variam também com o mingau de bário que se usa, conforme a sua concentração. Quanto mais grosso ou mais fino trará menor ou maior dificuldade para passar. Toda vez que a sonda passa, acho que não podemos falar em estenose total, mas apenas muito severa ou na eminência de ficar total.

Conheço um artigo de um autor americano, que indicava nos casos de estenoses impenetráveis do esôfago um tratamento em que combinavam os métodos intra e extra-esofágicos. Fez um caso na parte alta, média e baixa, mas verificou-se que o doente teve apenas um espasmo, de maneira que tudo fracassou.

Em 1935, também apareceu um processo em que se introduzia um tubo por cima, mas como a estenose era muito baixa auxiliava-se por meio de um tubo. Esses casos de estenose ampla, no interior do torax, não achei ainda nenhum, tendo apenas conhecimento dessas operações do Dr. Plínio. O primeiro caso que nos apareceu era de um doente que tinha uma estenose total há dois anos. Como quizesse operá-lo pedi uma dessas agulhas do Dr. Plínio, mas no momento fiquei com medo de não sentir bem com essa agulha e usei uma sonda de dilatação de brônquios. O resultado foi muito bom e tenho usado sempre essa mesma sonda. Antes de fazer a operação passei o esofagoscópio por via retrógrada, porque achei que po-

dar

con-  
en-  
teça  
ago.  
pois  
pas-  
a a  
esô-

que  
trô-  
uito  
em  
es-  
ria-  
se  
a o  
con-  
an-  
tra-  
pa-  
nda  
fa-  
nas  
de

um  
nos  
reis  
que  
i e  
na  
ve-  
pe-  
que

um  
um  
ste-  
se  
ca-  
ior  
im,  
sas  
pri-  
era  
te-  
ui-  
sas  
no-  
ão  
sei  
on-  
om  
es-  
ra-  
via  
no-



deria me facilitar muito. Como eu mesmo ia fazer o tratamento cirúrgico deixei o tubo colocado. A técnica usada foi a indicada pelo A. a não ser a diferença de passar antes o esofagoscópio e usar a sonda para dilatação dos brônquios. Os meus doentes já estão engulindo líquidos. Tivemos ainda um caso em que o doente foi operado por dois dos melhores cirúrgicos de S. Paulo, e que fizeram 10 ou 12 operações sucessivas, isso porque no momento o doente ficava bom, mas alguns dias depois piorava novamente. Esse indivíduo não tem mais possibilidade de sarar porque o esôfago foi seccionado.

Finalmente o Dr. Plínio abordou um assunto, que não posso criticar porque ele tem tido muito mais casos do que eu, que não tenho esses casos de queimaduras recentes. É o tratamento preventivo. Não tenho, todavia, simpatia por esse método de dilatação preventiva, porque tenho visto vários doentes sem um resultado satisfatório, que foram tratados pelo A. e que posteriormente nos procuraram. Também tenho visto outros casos curados por ele. Em certos casos esse processo não trás vantagem nem para ganhar tempo, porque com a dilatação com sonda metálica o doente, depois de dois meses está comendo de tudo.

Outra consideração a fazer sobre o mecanismo de ação, que não está bem esclarecido. Alguns autores consideram que a própria corrente seria suficiente para desencadear o fenômeno. Em se tratando do cario-iodato, usado como medicamento, naturalmente o ion que tem maior ação é o iodo.

A maioria dos autores acham que os ions podem ser divididos em dois grupos: os mais velozes e os menos velozes. Nesse caso o iodo estaria no grupo dos mais velozes.

Achamos ainda que o tempo de duração da aplicação é curto de tal modo a impedir a penetração dos ions e nesse caso a ação seria exclusivamente da corrente elétrica, que teria sido a responsável pelo tratamento. Para continuar a ação

da corrente elétrica, cita que quando se faz uma aplicação na cabeça ou nos nervos gustativos, o paciente acusa imediatamente um gosto metálico que não é devido ao medicamento, pois mesmo sem este aparece. Os autores explicam então como sendo devido à ação da corrente. Deste modo, em relação ao mecanismo de ação, os autores, mesmo na eletrolise, usada para outros casos acham que não se pode pôr de lado a ação da corrente.

Não deixa, ainda de ter grande valor terapêutico as ondas curtas, ultra curtas e raios vermelhos. Na sua tese para docência livre da Faculdade de Medicina, o autor cita que não conseguiu com a ionização resultados satisfatórios. Completando o tratamento com raios ultra-vermelhos o caso foi resolvido, pois que a fagocitose se desenvolve mais com o calor.

Muitos casos de sinusite frontal e maxilar que não resolvido com a ionização, dão resultados brilhantes com as ondas curtas.

Quanto à concentração os autores acham que as soluções mais diluídas são as que dão os melhores resultados, por motivos varios. O fato é que nas soluções mais diluídas os efeitos são mais satisfatórios, a não ser em certos casos em que se deve usar muito diluídas como na histamina, porque nestes casos não se visa um efeito muito profundo, pois a sua ação é na pele.

Dr. Plínio de Matos Barreto — Queria lembrar apenas que quando fiz a minha especialização na Filadelfia não se falava em reostato, mas na Europa esse era o processo mais usado. A princípio usei os aparelhos com pilhas que mais tarde resolvi substituir pelos de lâmpadas, nos quais não havia a necessidade de trocar as pilhas. Tenho a dizer que nunca houve acidentes graves com esses aparelhos a válvulas que há muito venho usando.

Dr. Vicente de Azevedo — Queria que o A. me informasse se já organizou uma estatística dos casos que tem curado. Há casos que

são favoráveis e que cedem logo à primeira aplicação, outros são menos sensíveis e outros são insensíveis.

Li um artigo numa revista, de um autor que dizia não fazer a gastrectomia, mas alimentava o doente, durante 2 anos com uma sonda. Nessa parte o meu comentário é falho porque não consultei a literatura a respeito. Pessoalmente faço a gastrectomia, porque não me dá "dor de cabeça". Um ou outro doente tem úlcera, mas se o doente mora perto de nós isso não tem importância, porque poderá voltar uma vez por mês para passar a sonda e assim vive muito bem.

Dr. Gabriel Porto — Tomando a palavra o Dr. G. Porto faz, após elogiar vivamente o A. pelo trabalho apresentado, um apanhado geral das fases de estudo dos casos apresentados, acompanhando então a evolução da sua terapêutica. Acrescenta ainda que também não recebeu com simpatia a questão da dilatação preventiva apresentada pelo A.

Dr. Plínio de Matos Barreto — Agradece a atenção dos presentes e explica, que as dúvidas levantadas estão devidamente esclarecidas no seu trabalho que será oportunamente publicado. Quanto à questão do tratamento preventivo só mesmo quem tem atendido muitos casos é que pode julgar o seu valor. O processo não é tão perigoso como parece, e todos os que tiveram oportunidade de usá-lo têm se tornado apologistas dele.

**Estímulo local da Fagocitose —** Dr. J. G. Whitaker — O trabalho foi publicado na íntegra. Veja Rev. Paul. Med., Vol. XXXI, n.º dezembro de 1947, págs. 319-322.

Comentários: Dr. Plínio de Matos Barreto — Tomou a palavra para, comentando o trabalho do Dr. Whitaker, acrescentar que acha muito perigoso o uso da solução de nitrato de prata com a concentração do 30%, como indicou o autor.

Dr. Rolim de Moraes — Depois de elogiar o A. pelo trabalho

apresentado e pela maneira brilhante com que expôs, diz ter também alguns casos semelhantes, que está tratando há algum tempo. Acrescenta então que há uma tendência a se usar o termo eletrolise em substituição a ionização, visto ser mais correto, aquele do que este, em se tratando de um fenômeno terapêutico. Continuando o Dr. Rolim abordou três questões principais: 1.º) em relação aos aparelhos e pilhas usadas pelo autor acha que embora satisfaça as finalidades não é tão aconselhável como os aparelhos com válvulas, pelo inconveniente que apresentam de se precisar trocar as pilhas frequentemente. Tem usado há mais de 25 anos os aparelhos retificadores com válvulas e não tem tido acidentes fatais que possam desmerecer o valor desses aparelhos. No máximo o que acontece é queimar as válvulas e o paciente sentir um pequeno choque. Em relação aos casos de sinusites apresentados tenho a dizer que já há alguns anos tive oportunidade de tratar de um caso de sinusite causado pela extração de um dente molar superior. A família insistia na operação e a única alternativa foi fazer as clássicas 10 punções e 10 lavagens após as quais se os resultados não forem satisfatórios deve-se recorrer à operação. Como não conseguisse resultado algum resolvi usar nesse caso de sinusite maxilar, um medicamento novo que havia recebido recentemente. Fiz uma intilação com esse preparado e verifiquei uma melhora muito acentuada após a primeira instilação pois só foi encontrada quantidade insignificante de leucócitos. Daí para diante a infecção declinou cada vez mais e com duas aplicações o paciente não tinha mais nada. Continuei usar esse processo e assim tenho centenas de casos curados.

Dr. Guilherme Whitaker — Muitos dos assuntos abordados pelos comentadores estão incluídos na minha tese de livre-docência. Ao Dr. Rolim tenho a dizer que uso a concentração de 20% porque com ela tenho encontrado melho-



res resultados. Quando à ação da corrente galvânica sobre os capilares realmente existe, mas não medicamentosas pois os seus efeitos são muito pequenos e não age contra a moléstia. Quanto aos aparelhos tenho mais confiança nos aparelhos de pilhas, pois além de mais seguros são mais econômicos.

O Dr. Whitaker fez ainda referência à ação das ondas curtas e raios vermelhos.

Dr. Rolim de Moraes — Sobre a ação das ondas curtas existe a opinião de três escolas: a primeira acha que a ação se dá pelo calor e a segunda pelo comprimento de onda e a terceira é a eclética, admite as duas teorias. Esta nos parece a mais lógica. Temos que considerar nas ondas curtas além do seu efeito analgésico a sua ação bactericida, trófica sobre o aparelho circulatório. Facilitam o desenvolvimento de glóbulos brancos no sangue e daí o aumento da fa-

gocitose. O tratamento das sinusites pelas ondas curtas e raios vermelhos dá sempre resultados satisfatórios, quase todos os sintomas clínicos desaparecem.

Dr. Francisco de Paula P. Hartung — Com referência ao comentário feito pelo Dr. Rolim de Moraes, tenho a dizer que foi usada a concentração de 20W porque neste caso os resultados foram melhores. Não interessa entretanto a concentração da solução visto que a quantidade de ions depositada nos eletrodos são apenas função do equivalente eletro-químico da substância, da intensidade da corrente e do tempo de aplicação da corrente. Quanto ao tempo das aplicações desejo lembrar que a velocidade dos ions é muito grande, os menos velozes possuem uma velocidade de cerca de 90 metros por minuto, de maneira que ao meu ver, o tempo é o suficiente para que os ions penetrem nos tecidos.

#### SECÇÃO DE OTO-RINO-LARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA EM 18 DE NOVEMBRO DE 1947

Presidente: Dr. Plínio de Matos Barreto

**Não comer "Errado" (Vitamina B1 e defesa das mucosas) J. G. Whitaker — Conclusões do autor:** 1) O "comer errado", de que tanto se fala, é realmente o regime comum do nosso país, e consiste, sobretudo, no consumo exagerado, abusivo, de alimentos hidrocarbonados. Abuso existe desde que os hidratos de carbono constituam mais que um terço do total dos alimentos.

2) Os malefícios decorrentes de tal regime caracterizam-se por diminuição da resistência das mucosas às infecções e estados deficitários que afetam todo o complexo corpo-alma. São provocados pelo excesso da glicose proveniente do desdobramento dos hidratos de carbono e pela carência em vitamina B1.

3) Não havendo imunidade para a maioria das moléstias de ouvi-

dos, nariz e garganta, devemos considerar como evitá-las, principalmente por meio de uma alimentação rica em vitamina B1. As vitaminas contidas nos alimentos têm ação profilática eficiente, como a temos observado de há longo tempo. As vitaminas farmacêuticas devem ser usadas com finalidade terapêutica enquanto se corrige a dieta.

4) Certos senões de nosso povo, que apontamos sem nos esquecer das nobres qualidades demonstradas no passado e no presente, seriam sanáveis com alimentação "certa" para o corpo e educação e disciplina "certa" para a alma.

Comentários: Dr. Plínio de Matos Barreto — Comentando o trabalho apresentado, acrescenta, que as dificuldades para o exame de mucosa em cadáver devem ter si-

*Ulceras  
gastro-duodenais*



**Produtos ROCHE Químicos e Farmacêuticos S/A.**

**Rua Evaristo da Veiga, 101 — Rio**

do muito grande, pois para um resultado seguro seria necessário um exame de uma pessoa quase em agonia. Indaga ainda da possibilidade do levantamento de uma estatística escolar, e em seguida pede para o Dr. Ulhôa Cintra fazer algumas considerações a respeito do trabalho apresentado.

Dr. Ulhôa Cintra — Acha que de um modo as considerações tiradas pelo autor são verdadeiras e acrescenta que o padrão de vida de muitos doentes, no Brasil é chocante, e que isso pode ser verificado no Hospital das Clínicas. Para quem vem do estrangeiro esse quadro se torna ainda mais evidente e desolador, porque a vida da nossa gente é realmente precária. Só quando saímos desse ambiente é que avaliamos bem a situação do Brasil. Em 1935, tivemos aqui uma onda de considerações sobre a nossa alimentação, mas logo depois apareceu uma onda de descrédito, e veio depois uma época de abuso das vitaminas. O uso de vitaminas, não deve ser temporário mas contínuo. Está provado que só a vitamina B1 não corrige as infecções de mucosa, é superior o organismo de um certo equilíbrio e por um determinado tempo. Assim o paciente se sentirá muito melhor. A defesa geral do organismo melhora muito quando administramos uma alimentação perfeita, e a infecção das mucosas é um caso particular de uma doença geral. Todos esses sintomas referidos pelo A. causados por deficiência de uma nutrição racional também são verdadeiros. Só se pode discutir detalhes do trabalho. Quanto aos dados sobre a capillaroscopia é preciso ter um pouco de confiança no método empregado. O problema dos capilares ficou limitado a poucas pessoas de maneira que é ainda um campo aberto para investigações. Quanto à ação da glicose e vitamina B1 sobre a permeabilidade dos capilares isso está ainda um pouco confuso. As considerações, que foram feitas a esse respeito, que o ponto de vista prático estão certas, mas, saber qual o fator que está agindo e quais os deta-

lhes para se alterar a permeabilidade capilar, é um campo aberto. Podemos dizer que o aumento de alimentos hidrocarbonados, exige um maior consumo de vitamina B1, mas não se sabe qual dos fatores está afetando a permeabilidade dos capilares, de modo que se fossem considerar essa questão teríamos muito que discutir. Quanto à questão de usar a vitamina B1, para corrigir certos defeitos de mucosa, seria preferível corrigir a alimentação do doente e pô-lo assim em condições satisfatórias para sempre, pois sabemos que não adiante o uso isolado de uma determinada vitamina.

Dr. Plínio de Matos Barreto — De uma maneira geral quais os alimentos mais indicáveis?

Dr. Ulhôa Cintra — Principalmente gorduras e vegetais, incluindo também o modo de preparar esse alimento. A quantidade de verdura da nossa alimentação é mínima. Um ponto de vista interessante é a variação das dietas, que se usa diariamente. Qualquer que seja o tipo de refeição, ele deve ser variado e isso é uma das grandes falhas da alimentação da nossa gente. De tal modo ficamos acostumados ao gosto do sal e do açúcar, que os outros alimentos se tornam insípidos. Em outros, onde há maior cuidado com alimentação o povo consegue diferenciar pelo paladar até mesmo as várias espécies de peixe, isso aqui é difícil porque nos preocupamos mais com o molho do que com próprio peixe.

O Dr. Ulhôa Cintra salientou ainda a importância do queijo e do fígado como alimento de grande valor nutritivo. O queijo que é um alimento muito rico em proteínas e minerais, o leite, verduras, frutas, vísceras, ovos, são alimentos que deveríamos consumir diariamente. Nas refeições da manhã seria preferível o uso de ovos ou aveia, que é mais importante do que o próprio grão de cereal.

Dr. Plínio Matos Barreto — Poderia nos informar a respeito do tempo necessário para a ação de uma dieta?

Dr. Ulhôa Cintra — Isso é variável. No escorbuto por exemplo, algumas semanas são suficientes. Quanto ao uso de hormônios, grande parte das irregularidades causadas por hormônios podem ser corrigidas por uma alimentação adequada.

Dr. Plínio de Matos Barreto — Indaga a respeito do antagonismo que poderia existir entre certas vitaminas. Se o uso da vitamina C forte, é antagonístico aos uso da B1, no sentido de uma vitamina prejudicar a ação da outra.

Dr. Ulhôa Cintra — Aponta a precaridade do termo "antagonismo" para as vitaminas. Fala-se em "antagonismo" mais para glândulas capazes, por exemplo, de fornecer adrenalina e insulina, que provocam uma hiperglicemia ou uma hipoglicemia.

Dr. Plínio de Matos Barreto — E quanto ao caso de não se misturar vitamina C com cálcio?

Prof. Ciro Nogueira — Isso é mais uma questão de incompatibilidade química, mas não se pode dizer que o cálcio destrua a ação da "vitamina C". O gliconato de cálcio, pode ser empregado junto com vitamina, mas é preciso verificar se ele não está em estado coloidal, se não dá o fenômeno de Tindall. Acrescentou ainda que o uso de 25 (vinte e cinco) miligramas de vitamina C, por dia tem grande valor.

Dr. Plínio de Matos Barreto — Convida o Prof. Ciro Nogueira, para fazer mais algumas considerações a respeito do trabalho do Dr. José Guilherme Whitaker.

Prof. Ciro Nogueira — Estou de acordo com tudo o que disse o Dr. Ulhôa Cintra. Sabemos ainda que as irregularidades orgânicas são causadas mais por uma poliarência do que por uma monarência. Não creio também que as variações das taxas glicêmicas possam causar modificações na permeabilidade dos capilares.

Acrescentou ainda que existe um desvio geral de nutrição no Brasil, e, principalmente um desvio de natureza proteica. A nossa

alimentação é muito rica em glícídios, mas pobre em vitaminas. Não sei até que ponto se pode atribuir, que uma lesão de mucosa corra por conta de uma determinada vitamina, ainda não se tem base para uma afirmação de modo que tudo é apenas suposição. Quanto à alimentação, é claro que se corrigirmos um de seus aspectos, estaremos na realidade corrigindo a alimentação geral. Acreditava-se que a modificação de uma parte da dieta pudesse resolver esse problema das lesões de mucosa. Começamos a fazer experiências em animais de laboratório e tentamos provocar lesões das mucosas em animais com uma dieta carenciada. Em todos os casos quaisquer que fossem os resultados tínhamos que corrigir totalmente a dieta.

O Prof. Ciro Nogueira fez também várias considerações a respeito da refeição matinal usada pelo nosso povo, mostrando a possibilidade da sua modificação completa o que seria executado com êxito no Brasil, pela sua importância primordial. Quanto ao uso das várias vitaminas é preciso saber que elas agem em cadeia. A vitamina B1, particularmente, só é aproveitada depois de fosforilada, por ação da "B1 fosforilase" em presença de radicais fosfóricos. E' por isso que precisamos administrar ao organismo, juntamente com a "vitamina B1" radicais para-fosfóricos, pois quando não fazemos isso a vitamina rouba os radicais fosfóricos do organismo, que dentro de algum tempo se tornará então, "B1" resistente. Para suprir a falta de "vitamina B1" é de importância a levedura de cerveja, mas não o tipo Fleischmann, é preciso que se use levedo triturado, e em pó, ou mesmo o uso de bife de fígado é muito satisfatório.

Dr. Plínio Matos Barreto — Sobre o uso das vitaminas B1 e C, qual a dose útil a se indicar e qual a quantidade pré e pós-operatória a ser administrada?

Dr. Ulhôa Cintra — Não devemos dar mais vitaminas do que a quantidade que o paciente gasta

por dia, a não ser que haja uma tretanto, dar uma alimentação completa e indicamos o uso de grão de trigo integral, que é um alimento completo. Para as vitaminas A e D, que são armazenadas, pode grande carência. Preferimos ense usar em casos de emergência 1 a 5 miligramas por dia que é uma quantidade satisfatória, mas tem ainda mais valor uma alimentação integral.

Dr. Plínio Matos Barreto — Faz algumas considerações a respeito da refeição matinal usada em países europeus e norte-americanos e indaga se há alguma explicação, do porque não se conhece no Brasil alimentar-se melhor de manhã.

Dr. Ulhôa Cintra — Responde que é uma questão de hábito e friza que a refeição da manhã é de grande importância. O espaço de 7 horas entre cada refeição, aqui no Brasil, obriga que o organismo lance mão, para a sua defesa, do açúcar das chicaras de café que tomamos durante o dia.

Dr. J. Rezende Barbosa — Comentando a ação das vitaminas acrescenta que não possuímos nenhum tratado, que nos possa orientar a respeito dos sintomas completos causados pela carência das várias vitaminas. Não acredito que a vitamina B1, atue sobre qualquer surdez progressiva crônica e acho que na nossa especialidade é difícil determinar quais os sintomas causados pela deficiência de uma ou outra vitamina.

Dr. José Guilherme Whitaker — Agradece os comentários feitos sobre o seu trabalho e responde que os exames em cadáveres eram feitos no máximo depois de 6 horas após o falecimento, de maneira que ainda estavam em condições normais. Quanto ao tempo para ação da dieta, diz que para a modificação da permeabilidade dos capilares, bastam 5 dias, mas com o uso de hormônios é mais comum o resultado. Quanto à possibilidade de um levantamento de estatística, tentamos fazê-lo na "Força Pública", sem resultados satisfatórios.

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

SESSÃO DE 15 DE JULHO DE 1948

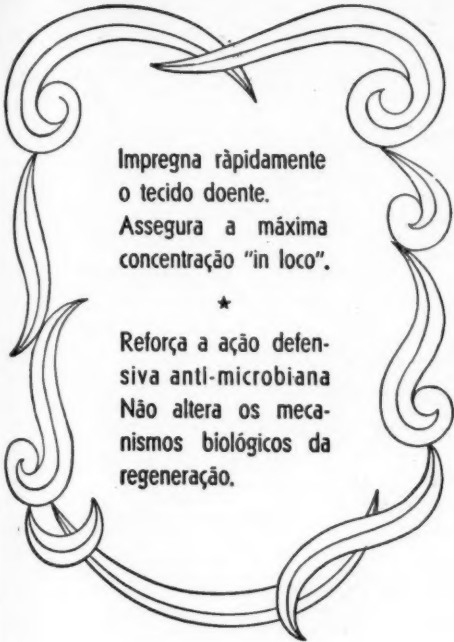
Presidente: Dr. Pedro Ayres Neto

**Aspectos endocrínicos da menstruação** — Prof. Max Goldzieher — A Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, conferiu ao Prof. Max A. Goldzieher, ilustre endocrinologista húngaro, que se encontra em São Paulo, o título de membro correspondente estrangeiro.

O diploma foi entregue pelo Dr. Pedro Ayres Neto, presidente da Sociedade, que deu em seguida a palavra ao prof. Mesquita Sampaio, a fim de saudar o novo titular. Inicialmente o orador realçou a importância do fato do prof. Goldzieher, lidimo expoente da tradicional medicina europeia, ter-se radicado nos Estados Unidos da América do Norte, onde, em 24 anos

de incessante operosidade, colocou em grande relevo a endocrinologia clínica, da qual se tornou expoente. Teceu considerações sobre a produção científica do ilustre visitante, abordando alguns dos 100 trabalhos por ele publicados até esta data, assim como os seus estudos sobre gerontologia, de grande atualidade.

A seguir o professor Goldzieher pronunciou uma interessante conferência sobre o tema: "Aspectos endocrínicos da menstruação", focalizando de maneira sintética e didática esse complexo capítulo da endocrinologia feminina. Passou então a tratar da patologia do ovário, expondo minuciosamente a sintomatologia e o diagnóstico di-



Impregna rapidamente  
o tecido doente.  
Assegura a máxima  
concentração "in loco".

★

Reforça a ação defen-  
siva anti-microbiana  
Não altera os meca-  
nismos biológicos da  
regeneração.

# ***COLLUBIAZOL***

Solução glicerinada de carboxisulfamidocrisoidina a 5%

INSTILAÇÕES • NEBULIZAÇÕES  
GARGAREJOS • LAVAGENS

VIDROS COM 45 c.c.

**LABORATÓRIOS SILVA ARAUJO-ROUSSEL S. A.**



São Paulo — Rua Bittencourt Rodrigues, 180 — Caixa Postal, 439

ferencial, à luz dos novos conhecimentos endocrinológicos. A parte final da preleção foi dedicada ao problema terapêutico, tendo o conferencista, a par de certas medidas de tratamento já conhecidos, enumerado uma série de dados com pletamente novos em nosso meio, fruto dos seus conhecimentos experimentais e clínicos.

No dia 16, às 10 horas, em prosseguimento do curso a seu cargo, patrocinado pelo Ambulatório de Endocrinologia da Santa Casa o prof. Goldzieher fez uma conferência sobre "Aspectos endócrinos da hipertensão".

No dia 17 no mesmo local, foi abordado o tema: "Problemas da obesidade".

## Serviço de Proctologia do Hospital Nossa Senhora Aparecida

SESSÃO DE 29 DE ABRIL DE 1948

Presidente: Dr. Brasil Filho

**Considerações sobre a patologia e o diagnóstico da "Sepsis" focal de origem amigdalina** — Dr. Mesquita Sampaio — O A. passa em rápida revista as várias doutrinas reinantes sobre infecção focal. Cita os trabalhos americanos de Billings e Rasenow, entre outros, defendendo a doutrina da infecção focal que considera questão pacífica.

Insiste sobre as sédes preferentes dos focos de infecção que se acham situados ao longo dos orifícios naturais, considerando a boca e a faringe as zonas mais expostas.

Analisa as características das infecções de origem focal salientando as amígdalas como sede preta, entre outros focos.

Resalta citando os trabalhos de Klinge, Schoturnuller, Jimenez Díaz e colaboradores, Maranhão, Quatrecasas, o papel representado pelos focos amigdalinos nos reumatismos infecciosos, nas nefropatias, nas endocrinopatias.

Ao destacar a amígdala como foco de infecção refere-se ao relatório de Worms e Le Mée, assim como aos estudos de Vogel segundo o qual 80% das infecções de origem focal têm como foco primário as amígdalas. Este fato, sem dúvida, de grande relevância prática, são confirmadas pelas ve-

rificações do A. compulsando já, algumas sentenas de casos de infecção focal em que as amígdalas desempenharam o papel de foco primário, sem deixar esquecida a importante noção dos meta-focos secundários.

Apresenta um esquema sobre seus estudos em colaboração com Hermeto Jor. e Rocha Azevedo no qual é posto em relevo o papel dos focos de toxi-infecção, assim, o seu mecanismo de ação.

Em seguida põe em destaque a necessidade de ser distinguida a amigdalite infectante de não infectante, reconhecendo quão falazes são os meios habitualmente empregados para o diagnóstico precioso.

Com esse fito então, apresenta um estudo crítico sobre a prova de Viggo-Schmidt referindo-se aos trabalhos de Worms e Le Mée Malan, Penna e Paccionnik, Quatrecasas e aos que realizou em colaboração com Paula e Silva, Matos Barreto e Vicente de Azevedo.

Propõe, para a melhor interpretação referida prova, como teste diagnóstico da amigdalite infectante, modificações de ordem hematológica e endocrinológica, o que permite empregarla como meio diagnóstico definitivo, afim de serem identificadas as amigdalites verdadeiramente infectantes das não infectantes.



Este estudo é baseado em algumas centenas de casos em que foram realizados os exames bacteriológicos e histo-patológicos das amígdalas.

São então projetados diapositivos dos casos mais característicos, permitindo individualizar, debaixo do ponto de vista histo-patológico, as amigdalites infectantes e não infectantes.

Em relação aos exames bacteriológicos do material extraído das amígdalas o A. confirma, pelos seus achados, a grande predominância dos estreptococos e dos estafilococos entre os germes encontrados, o que concorda com trabalhos norte-americanos, de Jimenes Diaz e colaboradores, Quatrecasas Costa Bertani, entre os A. A. que têm se ocupado do assunto.

Classifica 4 tipos de provas de Viggo-Schmidt positivas: 1 — positiva exuberante e precoce; 2 — positiva precoce; 3 — positiva; 4 — positiva tardia; e, finalmente prova negativa para as amigdalites infectadas não infectantes. Apresenta, outrossim como estigmas histo-patológicos das amigdalites infectantes os seguintes elementos:

- 1) focos inflamatórios juxta e peri-vasculares;
- 2) falha de arquitetura amigdalina com intensa proliferação reticular que invade até os folículos fechados;
- 3) micro-abscessos frequentes e fechados no interior da amígdala sem contato com as criptas; mais os dados registados, também nas amigdalites não infectantes, e representadas por:
- 4) caseo muco-purulento das criptas;
- 5) erosões e inflamações epiteliais;
- 6) proliferação do tecido conjuntivo;
- 7) zonas de caseificação;
- 8) focos inflamatórios no parênquima;
- 9) conservação da arquitetura reticular do estroma amigdalino com exceção da membrana basilar.

Fez então o estudo paralelo entre cada tipo de prova, os dados clínicos, os resultados dos exames bacteriológicos e histo-patológicos, assim a orientação do tratamento e seus benefícios nos casos, deste modo, comprovados de toxi-infecção de origem amigdalina.

Além do tratamento antia-infeccioso prévio, pelas sulfas, penicilina, vacinoterapico que reputa indispensável, insiste sobre a grande importância que dá à eritro-sedimentação para indicação do momento oportuno da amigdalectomia. Considere requisito "sine quanon", a volta ao normal da eritro-sedimentação, para só então, ser procedida a amigdalectomia.

O desrespeito a este postulado, consoante sua experiência, será a causa de grande número de insucessos terapêuticos da operação das amígdalas; isso sob pena mesmo, da persistência de elevado índice da eritro-sedimentação podendo advertir, sobre a presença de outros focos em atividade, o que valerá firmar a inutilidade da remoção das amígdalas em semelhante eventualidade, se não, o agravamento do mal.

O A. ilustra a sua exposição com inúmeros dia-positivos de gráficos e cortes histo-patológicos alusivos ao tema, assim, como, apresenta o resultado de sua observação em grande número de casos clínicos, cujo tratamento, pautado nesta orientação, redundou em pleno êxito.

Como conclusão afirma:

- 1) A infecção focal representa papel de grande relevo em patologia geral;
- 2) As amigdalites originam 80% dos casos de infecção focal;
- 3) A prova de Viggo-Schmidt, com as modificações, por nós, nela imprimida, constitui recursos seguros o diagnóstico positivo das amigdalites infectantes;
- 4) Outrossim, respeitado os detalhes de técnica, assim como, a sua verdadeira indicação, (para os casos discutíveis de amigdalite in-

fectante), a prova de Viggo-Schmidt não oferece contra-indicação penderavel.

5) A prova de Viggo-Schmidt positiva, ladeada por uma eritro-

sedimentação normal, constitue indicação favoravel pró-amigdalectomia, em casos em que a clinica já se tenha pronunciado, nêsse sentido, também.

#### SESSÃO DE 2 DE ABRIL DE 1948.

Presidente: Dr. Brasil Filho

**Retites estenosantes** — Prof. Edmundo Vasconcelos — O conferencista abordou inicialmente a evolução dos conhecimentos sobre "Retites Estenosantes, desde o diagnóstico de Sífilis retal de Fornier até as demonstrações experimentais comprobatórias de existência de virus. Em extensas considerações falou sobre via de penetração e trajeto no organismo evidenciando a progressão submucosa da moléstia na parede retal, determinando ulcerações distancia. Relatou em seguida, apresentando em seguida peças e diapositivos, casos de Retite Schistosomótico, em tudo semelhante à forma linofogranulomatosa, que o conferencista teve a ocasião de estudar no nordeste do país.

Aludiu a outras causas prováveis de Retites e apelou para um

estudo sistematico e precioso da doença em questão, cujo conhecimento não chegou ainda à sedimentação definitiva. Finalmente o Prof. Edmundo Vasconcelos, cujos primeiros trabalhos sobre Retites Estenosante datam de 1927, projetou grande número de diapositivos e expôs peças operatórias mostrando que a indicação cirurgica se impõe quando houver intensa fibrose proliferativa estenosante, processo quasi sempre irreversivel. Separata de trabalho do autor foram postas à disposição dos interessados. Encerrando a conferência, Dr. Brasil Filho enalteceu em nome da assistência a maneira sucinta e brilhante como o Prof. Vasconcelos abordou a questão, dando o ensino a que todos pudessem apreciar-lhe a vasta cultura e a viva e facil dicção.

## Departamento Estadual de Estatística

### REUNIAO DE 16 DE JULHO

**Problemas de amparo à Ciência** — Dr. José Reis — Apesar das estupendas manifestações da ciência, a verdade é que ela atravessa seria crise. Os responsaveis pela ciência, em todo o mundo, mostram-se preocupados com o futuro que a aguarda.

Muitas são as causas dessa crise, as quais se combinam diversamente, conforme os países. De um lado as instituições cultas sentem diminuir os recursos financeiros que as apoiavam; de outro, surge o problema do recrutamento de cientistas, que saem em menor quantidade das universida-

des ou se desviam para outras ocupações puramente tecnicas, onde conseguem maior paga. Ainda noutros lugares, a ciência defronta com a incompreensão do povo e dos governos encantados com o utilitarismo da tecnica e não querendo ver que alem desta, fundamentando-a obrigatoriamente, se encontra necessariamente a pesquisa. Por outro lado, há ainda uma série de incompreensões partidas dos proprios cientistas, a separá-los e isolá-los e muitas vezes a criar entre eles e o publico verdadeiras barreiras, que impedem uma ação conjunta capaz de produzir frutos

**"Eficiente quimioterapia tópica", anti-infecciosa pela prolongada concentração salivar da Sulfadiazina**



**Efeito  
hemostático  
pela  
Sulfadiazina.**

Tratamento local direto das feridas septicas da garganta e da bôca, das amigdalites e faringites agudas, gengivites e estomatites infecciosas.



**LABORATÓRIO YATROPAN LTDA.**

**Seção de Propaganda:**

**PARQUE D. PEDRO II, 870-876 — TEL. 3-5916**  
**(Rêde interna) — São Paulo**

**Direção científica: Farm. FAUSTO SPINA**

a nota certas ondas de misticismo ciclicio que percorrem os povos e que facilmente tomam conta das massas populares, apontando os cientistas como espíritos materialistas responsáveis pelas piores misérias da humanidade. Tudo isto dá em resumo crise.

Mas, a ciência hoje não é passatempo de alguns espíritos diferentes. O cientista tornou-se, em todos os países, mesmos nos liberais, um dos mais indispensáveis servidores públicos, o que aumentou o interesse pelos problemas de seu recrutamento. Formam eles verdadeiro exército que há de estar sempre em prontidão para as emergências da vida moderna, cheia de ameaças.

Dai o enorme interesse verificado em vários países, inclusive no nosso, pelos problemas que dizem respeito ao amparo da ciência e ao seu estímulo. Esse movimento tem tomado mais vigor nos Estados Unidos, como resultado da experiência da última guerra, quando o "Office for Scientific Research and Development" (OSRD) pôde contribuir em grande parte para a vitória aliada. Trata-se de saber agora, qua a melhor maneira de efetivar o amparo à pesquisa científica. Não há dúvida que existe uma tarefa imensa a ser realizada sem desfalecimento, desde a de prover fundos para a pesquisa até a seleção de vocações por meio de amplos programas distintos da rotina do ensino público ou particular.

Ao mesmo tempo que em nosso meio, por força de artigo cons-

titucional, nos preocupamos com a efetivação do amparo oficial à pesquisa, o qual de qualquer maneira terá de ser efetivado por uma organização custeada pelas rendas públicas, também não poderíamos deixar de cuidar de uma outra espécie de organização que, de alguma forma, servisse de controle e estímulo àquela outra, e que representasse, perante ela e os elementos do povo e do governo, os sentimentos e os ideais dos pesquisadores. Dai surgiu a idéia da fundação da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, a qual busca reunir, sem preconceitos de raça, religião ou cor política, todos os cientistas e estudiosos para a tarefa de destruir as incompreensões e os empecilhos que se erguem no caminho dos pesquisadores, e ao mesmo tempo para dar aos que trabalham na ciência oportunidade de entendimento maior e de mais íntimo conagração em torno de seus ideais.

A criação da Fundação de Amparo à Pesquisa, que a Assembléia Legislativa terá de fazer em obediência a preceito constitucional, e a fundação da Sociedade pelo Progresso da Ciência representam duas operações importantes e harmonicas, no sentido de conseguir o amparo e o estímulo da ciência. Se animador é o fato de a própria Assembléia Constituinte haver tornado obrigatório o estabelecimento de fundos para o amparo a pesquisa, não menos animador é o eco despertado pelo movimento em prol da Sociedade para o Progresso da Ciência.

## Outras Sociedades

**Associação Paulista**, secção de Neuropsiquiatria, sessão de 5 de julho de 1948, ordem do dia. "O ensino da psiquiatria na Universidade do Brasil — Prof. Mauricio de Medeiros.

Secção de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 6 de julho de 1948, ordem do : "Dispersão ativa

e passiva de anofelino" — Dr. Airosa Galvão; "Leshmaniose visceral americana, caso clinico necropsia" — Drs. João Alves Meira e Michel Jamrac; "Sobre os generos Dichelacera Macg. 1838 e Rhamphis end. novos generos Diptera. Tabanidaeae, — Dr. Mauro Pereira Barreto.

Seção de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 13 de julho de 1948, ordem do dia: "Tratamento da cromomicose por exereses electrocirúrgica seguida de enxerto" — Drs. Roberto Farina e Carlos da Silva Lacaz; "Considerações sobre a histopatologia das dermatoses bolhosas" — Dr. Fernando Alayon; "Considerações sobre dois casos de dermatite liquenóide purpúrica pigmentar" — Drs. Luis Marina Bechelli, Benjamin Zilberg e Luiz Batista.

Seção de Cirurgia, sessão de 15 de julho de 1948, ordem do dia: "Aspectos sorológicos da transfusão de sangue" — Dr. Carlos da Silva Lacaz; "Complicações da transfusão de sangue experiência do Serviço do Hospital das Clínicas" — Dr. Osvaldo Meloni; "Importância da transfusão na cirurgia". Prof. Alípio Correia Neto.

Seção de Neuropsiquiatria, sessão de 19 de julho de 1948, ordem do dia: "Semiologia do sistema nervoso infantil" — Dr. Antonio Branco Lefreve; "Semiologia das funções psíquicas na infância" — Dr. Henrique Mendes.

Seção de Tisiologia, sessão de 23 de julho de 1948 ordem do dia: "Pneumonia primária arpaica" — Dr. Mozart Tavares de Lima Filho; "BCG seco" — Dr. José Toledo de Melo.

Seção de Ginecologia e Obstetrícia, sessão de 28 de julho de 1948, ordem do dia: "Conceito de síndrome Chiari-Frommel, a propósito de um caso" — Dr. José Nemitovsky e Alberto R. Martinez; "Carcinoma da mama e gravidez" — Dr. José Gallucci;

Seção de Pediatria, sessão de 29 de julho de 1948, ordem do dia: "Secções cirúrgicas da região inguino-escretal na criança" — Dr. Auro A. Amorim.

Seção de Otorrinolaringologia, sessão de 30 de julho de 1948, ordem do dia: "Neurimona do acustico operado com sacrificio do

ramo vestibular e conservação do doente" — Prof. Carlos Gama; "Imprevisto da amigalectomia" — Dr. Silvio Ognibene; "Sobre um caso interessante de evolução post-operatória de amidalectomia" Dr. Silvio Marone;

**Centro de Estudos "B. Monte negro"**, sessão de 8 de julho de 1948, ordem do dia: "Estado atual da neurocirurgia em alguns centros europeus" — Dr. Silvio Forjaz.

**Centro de Estudos da Clinica Santo Antonio**, sessão de 22 de julho de 1948, ordem do dia: "Fontes bibliograficas em medicina" — Dr. Milton Siqueira.

**Centro de Estudos dos Médicos da Divisão do Serviço de Tuberculose**, sessão de 31 de julho de 1948, ordem do dia: "Problemas técnicos e iminobiológicos da vacinação" — Dr. A. Monteiro Soares.

**Centro de Estudos de Oftalmologia**, sessão de 7 de julho de 1948, ordem do dia: "Visão entoptica" — Dr. Rubens Belfort de Matos.

Sessão de 13 de julho 1948, ordem do dia: "Terapeutica das afecções intra oculares" — Dr. José Carlos Pacheco; "Cirurgia da conjuntiva e cornea" — Dr. Arthur Amaral Filho.

Sessão de 20 de julho de 1948, ordem do dia: "Tratamento cirurgico so estrabismo" — Dr. Moacyr E. Alvaro; "Precipitados corneanos em relação aos agentes etiologicos" — Dr. Manoel Silva.

Sessão de 27 de julho de 1948, ordem do dia: "Cirurgia das palpebras" — Dr. Rubens Belfort Matos.

**Colegio Brasileiro de Cirurgiões**, sessão de 23 de julho de 1948, ordem do dia: "O uso dos estrogénios nos estados ginecologicos" — Prof. Max Goldzieher.

**Hospital de Juquery**, sessão de 1 de julho de 1948, ordem do dia: Confusão mental por provável hipertireoidismo — Dr. Isaías Melsoln; Fabulação produtiva Arterio-esclerose cerebral precoce — Dr. Ciro Ferreira de Camargo; Apraxia de aspectos etiologico e patogenico a esclarecer — Dr. Ibrahim Mathias; Tema pratico: Diagnostico de esquizofrenia na pratica hospitalar — Dr. Anibal Silveira.

Sessão de 16 de julho de 1948, ordem do dia: Psicose degenerativa de Kleist, grupo cicloide — Dr. Mario Robortella; Fabulação produtiva. Arteriosclerose cerebral precoce — Dr. Ciro Ferreira Camargo; Aproxia de aspectos etiologico e patogenico a esclarecer — Dr. Ibrahim Mathias; Tema pratico: Alcance e indicações dos exames neuroftalmologicos em psiquiatria — Dr. Anibal Silveira.

Sessão de 19 de julho de 1948, Produção artistica dos esquizofrenicos — Dr. Nilo T. Silva; Comentario sobre as condições mentais em função dos desenhos — Dr. Mario Robortella; Comentario sobre a utilidade artistica na readaptação — Dr. Isaías Melsoln; Comentario sem prévia inscrição; Comentario final e conclusão — Dr. Anibal Silveira.

Sessão de 23 de julho de 1948, ordem do dia: Automatismo mental alucinações, idéias delirantes. Quadro clinico: Esquizofrenia, forma paranoide — Dr. Ciro Ferreira de Camargo; Quadro depressivo, provelmente reativo. Componentes endogenos e lesionais a precisar — Dr. Isaías Melsoln; Automatismo mental verbal motor. Quadro clinico a esclarecer — Dr. Otavio Luiz de Barros Sales; Tema pratico — Distinação entre delirio, fabulação e mitomania — Dr. Anibal Silveira.

Sessão de 30 de julho de 1948, ordem do dia: Oligofrenia, Amolecimento traumatico do cerebro; Tuberculose ganglionar; Encefalopatia infantil; Endocardite reumatisma; Hemorragia cerebral.

A exposição clinica a cargo dos Drs. Clineu C. de Moraes, Jorge Cozzolino, Ursulina Penteado, Euripedes Miguel, e Armando S. Rezende.

**Instituto Biologico** — sessão de 16 de julho de 1948, ordem do dia: "O inconsciente e a auto-fiscalização do cientista — Dr. Breno Silberschmidt; "O combate à erosão" — Dr. J. Abraamides Neto;

Sessão de 30 de julho de 1948, ordem do dia: "Um novo fator de choque, libertado pelo veneno de Bothrops jararaca" — Dr. Rocha e Silva; "Phénomènes d'hypersensibilité et antihistaminique de synthèse" — Dr. P. Decourt.

**Sociedade Brasileira de Entomologia**, sessão de 28 de julho de 1948, ordem do dia: "Estudos geneticos sobre o genero Melipona (Hymenoptera Apidae) — Dr. Warwick E. Kerr; "Sobre os generos Ramphis e Dichelacera, com discrição de dois novos generos: Diptera e Tabanidae" — Dr. Pereira Barreto;

**Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia**, sessão de 30 de julho de 1948, ordem do dia: "Pseudartrose congenita da clavícula" — Prof. Dr. Domingos Define; "Exerto osseo na ortemielite cronica" — Drs Waldemar Rosa dos Santos; "Fratura do colo cirurgico do humero irredutível, no adolescente" — Dr. Ruy de Souza Ramos; "Metabolismo do tecido osseo" — Dr. Helio L. de Oliveira e A. G. de Ulhoa Cintra (convidados).

**Sociedade de Estudos Médicos**, sessão de 30 de julho de 1948, ordem do dia: "Aspectos endócrinos do problema do cancer" — Dr. J. Clemente de Almeida Moura

**Sociedade Médica da Municipalidade**, sessão de 14 de julho de 1948, ordem do dia: Resultados de inqueritos alimentares em São Paulo; alimentação no Brasil do ponto de vista médico-social" — Dr. Luiz Carlos Fonseca.



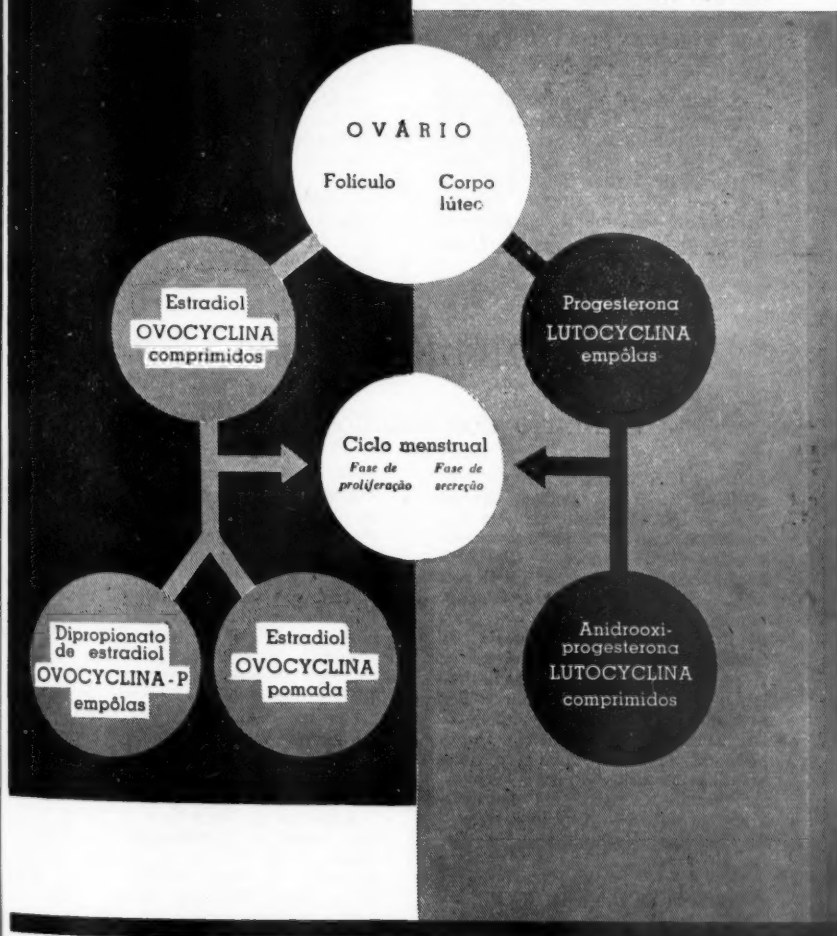
# HORMÔNIOS PUROS CIBA

## OVOCYCLINA

Hormônio folicular puro

## LUTOCYCLINA

Hormônio sintético do corpo lúteo



PRODUTOS QUIMICOS CIBA S. A.

RIO DE JANEIRO

AV. VENEZUELA, 110 - C. P. 3437

SAO PAULO  
C. P. 3678

PORTO ALEGRE  
C. P. 1471

BELO HORIZONTE  
C. P. 123

RECIFE  
C. P. 439

**Sociedade Médica São Lucas** — sessão de 6 de julho de 1948, ordem do dia: "Congresso Brasileiro de Radiologia" — Dr. José Maria Cabelo Campos; "Afeções crônicas do aparelho digestivo; as sulfas e o ácido fólico" — Dr. Chafik Curi; "Impressões de uma visita médica ao Peru e Bolívia" — Dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sessão de 20 de julho de 1948, ordem do dia: "Tratamento da Luxação completa acromio-clavicular" — Prof. Mario Braga Abreu; Pomada de Radon em oftalmologia" — Dr. José Bresser Silveira "Síndrome abdominal digestivo na litíase pielo-uretral". — Dr. Gideon de Oliveira.

**Sociedade de Medicina e Cirurgia**, sessão de 1 de julho de 1948, ordem do dia: "O crescimento do gato em ração sintética" — Dr. Alberto Carvalho Silva "Estudos relacionados com a ação de sulfonamidas na gestação de ratas" — "Sobre a incidência da Dientamoeba fragilis e considerações sobre o seu valor patogênico" — Dr. Dario Franco do Amaral; "Observações sobre o voo e longevidade in natura do Anopheles albiparvus domesticus" — Drs. Renato R. Correia, F. O. Lima e D. Coda.

Sessão de 15 de julho de 1948, ordem do dia: "Aspectos endócrinos dos distúrbios menstruais" — Prof. Goldzieher.

## IMPRENSA MÉDICA DE SÃO PAULO

### Sumário dos últimos números

**Anais Científicos**, IV, 40, março-abril de 1948 — Micoses cirúrgicas — Drs. Floriano de Almeida e Carlos da Silva Locaz; Novas conclusões do cancer — Dr. Bruce Bliven; Nutrition and intelligence — Bruce Bliven; Pode-se condenar o remédio caseiro — J. Nardy Vasconcellos; A História da Clínica Mayo — Vernie Wolfsberg; A origem e a evolução da hidrologia — Dr. Jovino Silveira; Sobre um caso singular de litíase — Dr. Eurico Branco Ribeiro; Como prevenir pela odontopediatria boas arcadas dentárias ao brasileiro — Dr. Jayme Radesca; Os dentes e a sua evolução — Dr. José Hervalha; Águas Hidrominerais — Dr. Jovino Vieira;

**Arquivos de Biologia**, XXXII, — 285, — maio-junho de 1948, Sobre o ciclo de desenvolvimento exo-eritrocitário de uma piroplasma do cão — Prof. A. Carini; Terminologia do sistema Rh-Hr. F. Otenssooser e R. Pasquallin; Sobre os processos de preparação do ácido para- amino-salicilado —

Prof. Quintino Mingoias e Dra. Maria J. Taglianetti; Rh e paternidade. Caso de exclusão por Rh — Dr. F. Otenssooser, V Versiani e J. Cesarino Neto.

**Arquivos de Dermatologia e sífilografia de São Paulo**, XI, 3 e 4, setembro-dezembro de 1947 — Algumas Considerações sobre o Pênfigo Foliáceo no Brasil — Dr. João Paulo Vieira; Algumas indicações da Fisioterapia em Dermatologia — Dr. João Paulo Vieira; Alergia em Dermatologia — Dr. João Paulo Vieira.

**Arquivos da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo**, XVIII, 1, 2, 3, Janeiro a dezembro de 1948, Afranio Peixoto — Prof. Flaminio Favero; Do exame psicossomático em infornística — Dr. Antonio Miguel Leão Bruno; Trabalho na nova constituição federal brasileira — Dr. Hilario Veiga de Carvalho; Simbolismo na tatuagem — Dr. João Rodrigues de Mereje; Um caso de Ferimento do tórax com Ferimen-

to do Pericárdio e do coração, com sobrevivência do ofendido — Prof. Dr. Flaminio Fávero e Arnaldo Amado Ferreira; Processo de dosagem da Hemoglobina no Sangue "in natura" e em manchas — Dr. Arnaldo Amado Ferreira e Farm. Elisa Novah; Novo Sistema de Seguro-Doença — Prof. Dr. Leonidio Ribeiro; Regimes Penitenciários — Dr. João Rodrigues de Merefê; Histeria e Acidente do Trabalho — Drs. Hilário Veiga de Carvalho e J. Carvalhal Ribas; O Problema da Determinação da Paternidade baseado no exame do sangue. Os fatores Rh e Hr — Dr. Arnaldo Amado Ferreira; Psicodiagnóstico de Rorschach: A% e estado de ansiedade — Dr. Antonio Miguel Leão Bruno; Aspectos médicos-legais da crucificação — Dr. Guido Rizzi; Um caso raro de precipitação — Dr. H. Veiga de Carvalho; Alerta contra o uso das injeções de parafina em S. Paulo — Dr. J. Rebêlo Neto; Excusas absolutórias — Prof. Alfredo Molinari; A personalidade do Prof. Afranio Peixoto — Prof. Osvaldo Loudet; Problemas Penitenciários — Prof. Raimundo Bosch; Debilidade na Velhice — Dr. Francisco Tancredi; Nova técnica para obtenção de impressões digitais e plantares — Acadêmico de Medicina Elias Lemos Monteiro; Um trajeto interessante de bala — Prof. Dr. Flaminio Fávero e Dr. Arnaldo Amado Ferreira; Aspecto médico-legal de um psicopata homossexual homicida — Dr. Tarcizo Leonce Pinheiro Cintra; A Perícia Psiquiátrica, Civil Penal nos Estados Unidos — Dr. Francisco Tancredi; O Teste Micocimético de Mira em doentes mentais agressivos — Dr. Ernani Borges Carneiro; Sífilis e Acidentes do Trabalho — Prof. Dr. Flaminio Fávero e Dr. Arnaldo Amado Ferreira; Das Lesões dos Esportes Diante do Direito Penal — Dr. Emilio Corbière; Determi-

nação de Idade das Fraturas em Medicina Legal — Geraldo Alves Pedroso; O emprego dos fatores Rh e Hr em medicina legal — Dr. Arnaldo Amado Ferreira.

**Maternidade e Infancia**, VI, 15, janeiro a junho de 1948 — Serviço Social na Medicina — Experiências nos Estados Unidos — Rita de Cassia B. de Revoredo; A Organização Administrativa da Casa Maternal e da Infância "Leonor Mendes de Barros" — João Luis Silveira Hardt; Primeiro Educar — Ig. H. Romeiro.

**Neurônio**, IV, 2, 1948 — Música nos Hospitais Psiquiátricos — Dr. J. Carvalhal Ribas; Progressos da Medicina Legal na Columbia — Dr. Guilherme Uribe Cualla.

**Revista Paulista de Medicina**, XXXII, 2, fevereiro de 1948 — Tratamento de Colelitíase — Dr. David Rosemberg; A responsabilidade médica na radioterapia — Dr. C. Campos Pagliuchi; Caso de malária quartã provavelmente contrainda na capital de São Paulo — Drs. P. Rosenfeld e A. P. Spinelli.

**Revista Paulista de Medicina**, XXXII, 3, março de 1948 — Considerações sobre a prostatectomia transuretral — Dr. Paulo F. Albuquerque; Ação do Médico não especialista na luta antituberculosa — Mozart Tavares de Lima Filho; Modificação de técnica na determinação dos grupos sanguíneos — Dr. Ruy Faria.

**Resenha Clínico-Científica**, XVII, 6, junho de 1948 — O diagnóstico radiológico das alterações da sela túrcica — Mario Bortolotti; Bases neurofisiológicas para o tratamento cirúrgico dos tremores arkinsonianos e dos movimentos coreico-atetósicos — Giuseppe Moruzzi; Sistematização da técnica da toracoplastia — Dr. Eduardo Etzel.

# Jalepat ☆

**Figado, ferro e vitaminas, às colheradas nas anemias**

## VIDA MEDICA DE SÃO PAULO

## Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência

**Vicissitudes da vida científica —**

Realizou-se no dia 27 de julho a primeira conferência patrocinada pela novel Sociedade Brasileira pelo Progresso da Ciência, em sessão conjunta com o Departamento de Cultura da Associação Paulista de Medicina. A reunião foi presidida pelo dr. Ernesto Mendes, diretor do Departamento de Cultura da referida Associação, tomando ainda lugar à mesa os professores Rocha Lima e Paulo Sawaya e os Drs. M. Rocha e Silva e José Reis.

Aberta a sessão pelo dr. Ernesto Mendes, foi dada a palavra ao dr. Rocha e Silva que em rápida palestra tratou dos "meios de melhorar a pesquisa científica no Brasil". Versando de maneira humorística o complicado assunto, o dr. Rocha e Silva procurou elaborar uma receita, na qual entraram varios ingredientes, tais como o ensino pós-graduado, o trabalho sistemático da educação do público em relação aos problemas da ciência, a luta contra a meia ciência etc., tudo isso para ser tomado, não de uma vez, porem em várias doses, às "colheradas diárias". Apesar da forma humorística que deu à sua comunicação e da brevidade da exposição, o autor tocou em assuntos de capital importância e máxima oportunidade, todos eles dignos de profunda consideração.

Seguiu-se com a palavra o dr. J. Reis, que explicou a organização da Sociedade pelo Progresso da Ciência e o espirito que servira de base à sua constituição e à elaboração de seus estatutos. Recordou ainda as finalidades da nova organização e os meios pelos quais deverão ser alcançados os seus objetivos.

O principal conferencista da noite foi o prof. Rocha Lima.

O prof. Paulo Sawaya fez um rápido retrospecto da vida e dos

títulos do conferencista, relembrando a sua atuação como pesquisador e organizador. Colaborador de Osvaldo Cruz nos primeiros tempos da organização do Instituto de Manguinhos, o prof. Rocha Lima seguiu depois para a Alemanha, onde teve por mestres Dicker e Duerk. Tornou-se assistente e depois professor do Instituto de Doenças Tropicais de Hamburgo, tendo sido dispensadas para a sua investidura nessa posição, as formalidades de revalidação de seu título de médico obtido no Brasil, circunstancia que bem revela a alta conta e o grande reconhecimento conseguido pelo sábio brasileiro na Alemanha. Sua larga experiência na Europa e no Brasil fazia prever o grande interesse que despertaria a conferência sobre "Vicissitudes da Vida Científica".

Em sua palestra, o prof. Rocha Lima analisou demoradamente, e à luz de exemplos abundantes e concretos, as dificuldades que cercam a carreira da pesquisa científica aqui e no estrangeiro. Citou diversos dos empecilhos que entre nós se levantam ao desenvolvimento normal do trabalho da pesquisa científica e as consequências próximas ou remotas disso em toda a vida do país. Ao mesmo tempo lembrou que seria erroneo supor que tais dificuldades decorressem de uma suposta qualidade inferior de nossos pesquisadores, entre os quais se encontram elementos perfeitamente capazes, quando devidamente orientados, de ombrear com o que de melhor nos possa apresentar o estrangeiro. Demorou-se no estudo de questões ligadas ao ensino demasiadamente formalista que forma a base de toda a educação nacional, relembrando a esse respeito a frase de um de nossos mais conhecidos educadores, quando este se refere aos "mes-

# Beaglucil

Vitamina B<sub>1</sub> - Glicose - Vitamina C

Apresenta-se, AGORA, também  
com GLICOSE a 25%.

	DOSES	VITAMINA B <sub>1</sub>	VITAMINA C	GLICOSE	CLORIDRATO DE CISTEINA
GLICOSE a 50%	NORMAL 10 CM <sup>3</sup>	0,005	0,05	50 %	0,01
	NORMAL 20 CM <sup>3</sup>	0,010	0,10	50 %	0,02
	FO-TE 10 CM <sup>3</sup>	0,0125	0,25	50 %	0,01
	FORTE 20 CM <sup>3</sup>	0,0250	0,50	50 %	0,02
GLICOSE A 25 %	10 CM <sup>3</sup>	0,0125	0,25	25 %	0,01
	20 CM <sup>3</sup>	0,0250	0,50	25 %	0,02



Úlcera gastro-duodenal • Poli-  
nevrites • Dôres anginosas • Pertur-  
bações do metabolismo dos hidratos de  
carbono e das gorduras • Hipovitaminoses •  
Gripe • Pneumonias • Tifo.



## LABORATÓRIO XAVIER

João Gomes Xavier & Cia. Ltda.

São Paulo

Depósitos { Rio de Janeiro  
Porto Alegre  
Belo Horizonte

Representantes  
nos demais Estados

tres que fingem que ensinam a alunos que fingem que aprendem". Encarou ainda o problema da ciência como território livre e aberto ao concurso de todos os trabalhadores realmente dotados de espírito científico, condenando vigorosamente as restrições que certos grupos procuram levantar à liberdade de pesquisa, visando interesses outros que não os da verdadeira ciência. Mostrou quão diverso é o aprendizado científico da formação profissional comum, em que certo título ou anel corresponde à sanção legal para a prática exclusiva de determinadas operações. Contou ainda experiências vá-

rias de sua própria vida, relacionadas com o problema da febre amarela e do tifo exantemático, em que se vê que a luta pelo reconhecimento da parte verdadeiramente desempenhada pelo pesquisador, mesmo nos grandes países, é muitas vezes uma luta ingrata na qual entram em jogo muitos fatores alheios propriamente à ciência. O orgulho nacionalista não raro procura obscurecer a autoria de certas descobertas.

Após a conferência houve animado debate, que versou especialmente sobre o interessante tema da seleção de professores do ensino superior.

## Departamento da Profilaxia da Lepra

**Regulamentação do Serviço de Pesquisas Científicas** — Foi assinado pelo sr. governador do Estado, em data de 26 de julho, o decreto n. 18.212, regulamentando o decreto-lei n. 17.341, de 28 de julho do ano passado, que criou o Serviço de Pesquisas Científicas no Departamento de Profilaxia da Lepra. E' o seguinte o teor desse diploma:

"Artigo 1.º — O Serviço de Pesquisas Científicas, diretamente subordinado ao diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra, compor-se-á das seguintes secções:

a) Secção de Epidemiologia, para o estudo da endemia leprosa no Estado e no País, visando o aperfeiçoamento dos métodos profiláticos; b) Secção de Patologia Experimental, destinada ao estudo da patologia clínica e experimental, com especial desenvolvimento da parte referente ao estudo imunológico da moléstia; c) Secção de Terapêutica, que terá por finalidade a experimentação de novos medicamentos e o aperfeiçoamento dos métodos atuais do tratamento da lepra.

Artigo 2.º — A secção de Terapêutica fará os estudos clínicos e experimentais no pavilhão de me-

nores do "Sanatório Padre Bento", e disporá de um dispensário especializado, para doentes de ambulatório, podendo ainda manter um assistente em cada leprosário.

Artigo 3.º — Os estudos de quimioterapia experimental da secção de Terapêutica serão feitos em colaboração com a Secção de Química do Instituto Butantã.

Artigo 4.º — Fica compreendida na atividade da secção de Terapêutica o estudo e fabricação de produtos químicos aplicáveis à lepra.

Artigo 5.º — Junto ao Serviço de Pesquisas Científicas funcionará um Conselho Consultivo, composto dos seguintes membros: o diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra, que será seu presidente; o diretor de Dermatologia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e da Escola Paulista de Medicina; os chefes das três secções de pesquisas; um representante da Diretoria da Fundação Contra a Lepra e outro da Sociedade Paulista de Leprologia; e um médico designado pelo diretor do Departamento de Profilaxia da Lepra.

Artigo 6.º — Os membros do Conselho Consultivo não terão di-



reito à remuneração, sendo seus serviços considerados de natureza relevante.

**Artigo 7.º** — O Conselho Consultivo se reunirá de três em três meses e, extraordinariamente, quando convocado por seu presidente, deliberando com a presença da maioria de seus membros.

**Artigo 8.º** — Ao Conselho Consultivo compete:

a) Orientar as investigações das secções de pesquisas, revendo os planos de estudos apresentados pelos respectivos chefes, de forma a

dar maior eficiência ao serviço pela coordenação dos trabalhos das secções; b) Propor, quando julgar conveniente, a criação de um fundo para o desenvolvimento das pesquisas, mediante a compra do material necessario e a instituição de bolsas de estudo; c) Examinar os planos de instalações, reformas e construções das secções de pesquisas, apresentados pelos respectivos chefes, aprovando-os ou modificando-os.

**Artigo 9.º** — Este regulamento entrará em vigor na data de sua publicação”.

## Faculdade de Medicina de São Paulo

### Associação dos Antigos Alunos

— Presidida pelo prof. Ernesto de Souza Campos, a Comissão Executiva da Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo realizou no dia 20 de julho, uma reunião ordinária. Após leitura e aprovação da ata da sessão anterior passou-se à ordem do dia. O presidente participa achar-se presente o dr. José de Oliveira Almeida que ministrou com clareza e eficiência um curso sobre problemas relacionados com a imunologia patrocinada pela Associação e que iria dar algumas impressões a respeito de sua recente viagem de estudos aos Estados Unidos. Com a palavra o orador referiu-se ao ensino médico das faculdades norte-americanas, focalizando pormenorizadamente o ensinamento da microbiologia. Estendeu-se, após a palestra sobre os métodos de estudo adotados naquele país. O presidente comunica ter comparecido em companhia do prof. Paulo Artigas às homenagens prestadas por ocasião do centenario de nascimento do Conselheiro Rodrigues Alves, tendo falado em nome da Associação o dr. Toledo Piza. Foram lavradas em ata votos de congratulações, respectivamente ao prof. Paulo de Toledo Artigas pela sua investidura ao cargo de diretor da

Faculdade de Farmacia e Odontologia da nossa Universidade, e ao dr. José de Oliveira Almeida pelo brilhantismo com que ministrou o curso patrocinado pela Associação e aos ex-alunos detentores dos premios conferidos, ultimamente, pela Academia Nacional de Medicina.

O presidente expôs o plano de confecção de um livro sobre os auspícios da Associação, destinado ao historico da Faculdade de Medicina e organizações anexas com a biografia sumária dos professores e outras informações. Lembrou ainda o presidente a importância da criação na secção de matemáticas, da Faculdade de Filosofia de um curso de biomatemáticas. O prof. Artigas propôs que a Associação officiasse ao magnifico reitor da Universidade sugerindo essa medida mostrando a importância desses estudos para os estudiosos e pesquisadores de biologia. Por fim ficou deliberada a realização de uma Assembléa Geral para referendar o ato do Conselho Consultivo, referente à reforma de alguns artigos dos estatutos. Em seguida foi encerrada a sessão.

**Premios em concurso** — O regulamento dos premios instituidos pela Associação dos Antigos Alunos da Faculdade de Medicina da

Universidade de S. Paulo é o seguinte:

"Os premios serão distribuidos:

1 — Aos alunos da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, por iniciativa dos respectivos docentes ou de membros da Associação, que desejarem premiar estudantes por qualquer forma, seja pelas notas obtidas no curso ou por trabalhos práticos realizados, publicados ou inéditos; 2 — Cabe ao professor catedrático preferência quando houver varias solicitações de premios dos respectivos departamentos e o mesmo desejo conferir também um premio; 3 — Aos alunos ou diplomados pela mesma Faculdade, quando qualquer pessoa ou instituição deseje conferir premios de qualquer sorte, aprovados pela Comissão Executiva da Associação dos Antigos Alunos, para o que haverá solicitação plevia por escrito, dirigida ao presidente desta Comissão; 4 — Pessoas ou instituições que queiram constituir premios sob os auspícios da Associação, de natureza permanente e devidamente aceitos, deverão fazer entrega de títulos inalienaveis no valor de Cr\$ 15.000,00 que passarão para o patrimônio da Associação dos Antigos Alunos; 5 — A Associação dos Antigos Alunos institui três premios de sua iniciativa:

1.º: Premio Prof. Bovero — Destinado ao melhor trabalho anual de Anatomia, em qualquer ponto do Brasil e determinado por indicação da cátedra de Anatomia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que para tal fim poderá fazer o julgamento pelos seus próprios docentes ou designar outros cientistas especializados se julgar conveniente.

2.º: Premio Richard M. Pearce Jr. — Para o melhor trabalho anual de pesquisa realizada, por socios da Associação dos Antigos Alunos, sobre as disciplinas constantes das cátedras de Microbiologia e Imunologia, Anatomia Patológica, Parasitologia e Clínica de Moléstias Tropicais e Infecciosas.

3.º: Premio Prof. Luis de Rezende Puech — Para o melhor trabalho elaborado anualmente por socios do Centro Acadêmico Osvaldo Cruz sobre qualquer assunto que compreenda pesquisa. 6. — Poderá ainda a Associação estabelecer outro premios que sejam aprovados pela Comissão Executiva, em dois escrutínios ocorridos em duas sessões ordinárias, ouvido, ou não o conselho consultivo. 7. — Para cada cátedra da Faculdade, de acordo com o item I, poderão ser conferidos, no máximo, dois premios anualmente um relativo ao aproveitamento no curso e outro sobre trabalhos apresentados. 8. — Os premios referidos nos itens 1 a 5 constarão de medalha de "vermel" entregues em sessão solene da Faculdade de Medicina ou da Associação dos Antigos Alunos, em data que será anualmente fixada e preferencialmente nas da fundação da Faculdade, da fundação da Associação ou no dia da solenidade em homenagem à memoria do dr. Arnaldo Vieira de Carvalho. 9. — No verso das medalhas, a Associação fará gravar a designação do premio, data e nome do contemplado. 10 — Os docentes da Faculdade de Medicina e membros da Associação que desejarem instituir os premios indenizarão a Associação das despesas com a confecção das medalhas, no valor de Cr\$ 350,00 por unidade. 11. — As pessoas ou instituições assinaladas no item 3 indenizarão as despesas no valor de 3.000,00 por unidade. 1. — Os emolumentos cobrados pela instituição dos premios são destinadas as respectivas despesas e, quando houver excesso, serão as importancias arrecadadas empregadas em obras uteis da instituição, tais como realização de cursos, aquisição de livros, de acordo com as decisões da Comissão Executiva. 3. — Para constituição de qualquer premio deve ser dirigida um solicitação à Comissão Executiva que deliberará, podendo nomear comissões ou personalidade altamente especializada para opinar sobre o valor dos trabalhos. 14. — Aos beneméritos, que contribuirem com a

Para a HIPERTENSÃO ARTERIAL:

# PHYTOSAL

Medicamento à base de SULFOCIANATO DE POTASSIO, associado a:

Cratoegus oxiacanta, sedativo e antiespasmodico; Passiflora quad., que reforça a ação do Cratoegus; Extrato de pâncreas desinsulinizado, de reconhecida ação vasodilatadora.

E' a medicação indicada em todos os tipos da Hipertensão, na Arteriosclerose, nas Cardiopatias hipertensivas, nos Acidentes vasculares e cerebrais das Hipertensões.

VIDRO DE 30 cm<sup>3</sup>.



TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUAS  
MANIFESTAÇÕES

## NOROFILLINA

(TEOFILINA-ETILENDIAMINA)

Via endovenosa

Via oral

Norofillina s/ glicose:

empôlas de 10 cm<sup>3</sup>.

24 ctgs. de teofilina-etilendiamina por empola.

Norofillina c/ glicose:

empôlas de 10 cm<sup>3</sup>.

3 empôlas de teofilina-etilendiamina 24 ctgs. cada.

3 empôlas de sôro glicosado hipertônico a 30%.

Norofillina comprimidos:

tubos com 20 comprimidos de 0,10, ctgs. de teofilina-etilendiamina.

A Norofillina pode ser usada só ou misturada com sôro glicosado.

---

**Laboratório TERAPICA PAULISTA S/A.**

RUA OLÍMPIA, 104 — SÃO PAULO

importância superior a 10.000,00 cruzeiros, a Associação conferirá um pergaminho. 15. — Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão Executiva da Associação,

ouvido o Conselho Consultivo que deliberará quando consultado por escrito, dentro do prazo de 15 dias, findo o qual ficará mantida a deliberação tomada.

## Médicos paulistas premiados

**Premio Alvarenga de 1948** — A Academia Nacional de Medicina do Rio de Janeiro acaba de conferir o "Premio Alvarenga" de 1948 aos ilustres médicos paulistas drs. Argemiro Rodrigues de Souza e Luiz Dias Patrício, por seu trabalho intitulado "Fisiopatologia e Clínica da Lipoide-Proteínose de Urbach-Wiethe".

Os autores fizeram um estudo completo desta dermatose muito rara, a propósito de dois casos por eles observados e considerados os primeiros em São Paulo. Na América do Sul o primeiro caso publicado pertence ao prof. Ramos e Silva do Rio. Na Literatura Mundial os dois casos de São Paulo são rotulados de 30.º e 31.º.

**Premio Nacional de Alimentação Saps** — O Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS) instituiu um premio de Cr\$ 25.000,00 para o melhor livro sobre nutrição escrito no país.

Inscreveram-se no concurso destinado somente a médicos especializados em questões alimentares, os drs. Gomes Viana, com "Catecismo Alimentar"; Talino Botelho, e Alvaro Ribeiro, com "Acesso à Dietética"; Rui Coutinho, com "Noções de Fisiologia da Nutrição" e um autor que usou o pseudônimo de Nioac, com "Problemas Brasileiros de Alimentação".

A Comissão Julgadora, composta dos srs. Dante Costa, Xavier Pedrosa (relator) e prof. Peregrino Junior, após examinar os trabalhos apresentados, com cuidado atento e minucioso, dada a importância dos temas versados, resolveu aceitar a conclusão do relator e em consequência conferiu o Premio SAPS ao livro "Problemas Brasileiros de Alimentação", entre ou-

tras razões por constituir uma síntese de todos os aspectos por que as pode encerrar a alimentação como problema nacional".

O pseudônimo do autor premiado pertence ao dr. Franklin Moura Campos, prof. de Fisiologia da Faculdade de Medicina de São Paulo.

**Premios da Academia Nacional de Medicina** — A Academia Nacional de Medicina, a mais alta expressão médica brasileira, acaba de divulgar os pareceres conferindo os premios científicos de 1948. Todas as laureas, com grande jubilo para os meios acadêmicos paulistanos, foram conquistadas por jovens cientistas filiados à escola médica da Universidade de São Paulo. O acontecimento, que se reveste de notável magnitude, não pode deixar de impressionar agradavelmente a nossa gente. É que a conquista desses premios é a demonstração cabal do alto índice a que atingiu a nossa atividade no campo da Medicina. O fato não é inédito. É a reprodução do que tem sucedido nos anos anteriores. Sempre esses premios couberam, na maioria a médicos paulistas.

Tudo indica que aqui se estuda e se trabalha honestamente no campo da investigação científica e, o que é mais notável salientar, é que a orientação científica de São Paulo está certa.

A Academia Nacional de Medicina conferiu, neste 1948, os seguintes premios:

**Premio Castro Peixoto** — Dr. Hilário Veiga de Carvalho, com o Trabalho "Sífilis do cordão umbelical".

**Premio Austregesilo** — Dr. Osório Cesar, com o trabalho "Misticismo e loucura".

Premio Analia Ferreira — Dr. Hanacleto Capriglioni, com o trabalho "Terapêutica atual da angina pectoris".

Premio Frederico Froes — "Estudo sobre o trigono vesical" — Dr. Eduardo da Costa Manso.

Premio Fernando Vaz — 1948 — "Tratamento cirúrgico do cancer no pulmão" — Dr. E. J. Zerbine.

Premio Alvarenga 1948 — "Fisiopatologia e Clínica da lipoide-proteinose de Urbach-Wiethe", Drs. Argemiro Rodrigues de Souza e Luiz Dias Patrício.

## Santa Casa de Misericórdia

**Comemoração** — Celebrou-se no dia 2 de julho em todas as Santas Casas do Brasil e Portugal a festa da Visitação de Nossa Senhora a Santa Isabel, comemorativa da fundação daqueles estabelecimentos de caridade.

Na Santa Casa de S. Paulo, como tradicionalmente, houve às 9 horas, na capela, missa festiva, cantada por monsenhor Paulo Rolim Loureiro, bispo auxiliar eleito e vigário geral da arquidiocese de S. Paulo. Ao Evangelho, pregou monsenhor Manfredo Leite, que rememorou o sublime episódio da Visitação da Virgem Santíssima a Santa Isabel.

A' solenidade compareceram representantes do governador e de

secretários de Estados: desembargador Teodomiro Dias, presidente do Tribunal de Justiça; professor Cantidio de Moura Campos; Mesa Administrativa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, corpo clínico, funcionários do Hospital Central e numerosas outras pessoas.

Os presentes apuseram sua assinatura ao livro histórico, no qual, desde 1885, inscrevem seus nomes as pessoas presentes à solenidade, encontrando-se na primeira página, entre outras, as assinaturas de d. Pedro II, da imperatriz Teresa Cristina, do visconde de Parnaíba, do conselheiro Antonio Prado e do barão de Saboia.

## Natalidade e mortalidade infantil em São Paulo

**Estatística anual** — De trabalho assinado pelo sr. João Carlos de Almeida, diretor da Divisão de Estatísticas Físicas, Sociais e Culturais do Departamento Estadual de Estatística, sobre a natalidade e mortalidade infantil na cidade de São Paulo, de 1930 a 1946 extraímos os seguintes dados:

"De 1.º de janeiro de 1930 até 31 de dezembro de 1946 nasceram na Capital do Estado de São Paulo 546.154 crianças de ambos os sexos, das quais morreram antes de completar o primeiro aniversário 70.857, o que significa que, para cada mil nascimentos, a média anual no período mencionado, de obitos de menores de idade inferior a um ano, foi de 4.168, cor-

respondentes a 129 obitos infantis por mil nascidos vivos.

Confrontando os dois anos extremos do período em referência, veremos que em 1930 nasceram vivas 27.893 crianças, das quais 4.242 morreram com idade inferior a um ano, número que corresponde a 153 obitos em cada mil nascimentos. Já em 1946 refletem os números situação bem melhor, ou seja: 45.875 nascidos vivos e 3.660 obitos infantis, resultados que em números relativos significam que, de cada 1.000 nascidos vivos, 921 venceram o primeiro ano de vida e apenas 79 pereceram.

Examinando os resultados da estatística demografo-sanitária, segundo os meses de idade em que se distribuem em obitos infantis,

notaremos, ainda, que em cerca de 30% dos casos, os obitos ocorrem no primeiro mês de vida, tanto assim que, do total de ocorrências (70.857 obitos infantis), do período 1930-1946, 21.357 foram de crianças de menos de um mês”.

Depois, aparece num esquema, a classificação dos mesmos obitos infantis segundo as causas, e esclarece:

“Um simples golpe de vista da tabela abaixo é suficiente para cientificar-nos de que animadores são os índices do obituario infantil em face da natalidade, conforme registra a coluna dos coeficientes por 1.000 nascimentos, onde se vê que de 153 em 1930, baixou a 79 em 1946, com firme tendência ainda para situação futura melhor.

Cumpre, entretanto, notar, que se confortadora é tal verificação, não o é a conclusão que tiraremos do exame das cifras referentes à destruição que promovem as causas chamadas pre-natais, natais e neo-natais, como sejam: a sífilis e os vícios de conformação congênitos e doenças peculiares ao primeiro ano de vida, entre estas as da pele e do tecido celular e as dos ossos e dos órgãos da locomoção.

De 18,3% com que participaram tais causas no obituario infantil de 1930, nada menos de 32,8% tomaram elas para si em 1946.

A incidência crescente de tal percentagem no obituario infantil

leva-nos, inevitavelmente, a conclusão de que, para tão indesejável situação estarão contribuindo, em escala ascendente, a sífilis e outros males de que são portadores os pais que, ignorantes, continuam, sem qualquer impedimento, a procriar filhos cegos, aleijados, e debéis, criaturas que serão tanto mais infelizes se não perecerem logo ao nascer”.

Para conhecimento daqueles que se dedicam ao estudo das nossas estatísticas, divulgamos a seguir os quadros fornecidos pela Divisão de Estatísticas Demográficas deste Departamento, nos quais se registram, ano por ano, a partir de 1930, os nascimentos e a mortalidade infantil na Capital:

ANO	Nascimento
1930 . . . . .	27.793
1931 . . . . .	25.847
1932 . . . . .	24.986
1933 . . . . .	24.464
1934 . . . . .	26.165
1935 . . . . .	28.504
1936 . . . . .	29.859
1937 . . . . .	29.547
1938 . . . . .	31.219
1939 . . . . .	31.775
1940 . . . . .	33.503
1941 . . . . .	34.355
1942 . . . . .	36.494
1943 . . . . .	36.588
1944 . . . . .	39.776
1945 . . . . .	39.404
1946 . . . . .	45.875

## Sanatório “João Evangelista”

**Pedra fundamental** — Realizou-se no dia 4 de julho às 15 horas, à avenida Nova Cantareira, 3.044, a cerimonia do lançamento da pedra fundamental do edificio-sede do Sanatório “João Evangelista”, em terreno doado pelo coronel Arlindo Ribeiro de Andrade.

A fim de levar a bom termo o empreendimento, a comissão pro construção do Sanatório “João Evangelista” está angariando donativos, os quais podem ser em dinheiro ou em materiais de construção.

Qualquer contribuição para essa iniciativa poderá ser enviada à sede provisória do Sanatório, à rua Rubi, 40, telefone 7-3917.

A comissão diretora encarregada de receber esses donativos está assim constituída: d. Ana Gemignani Motta, provedora; Edgard Souza Motta, secretário; João Fernandes d'Almeida, tesoureiro; coronel Arlindo Ribeiro de Andrade e Oscar Ribeiro Jordão, vogais e dr. José Primavera, médico responsável.



# LENISARN

*Solução parasiticida a base de bis-etilxantogênio  
a mais moderna e eficaz contra:*

**SARNA**

**MOLESTIAS**

**PEDICULOSE**

**PARASITARIAS**

**COCEIRAS**

**DA PELE**

+++

## LENISARN

*é um medicamento sintético do*

**LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.**

Rua São Luiz, 161 — São Paulo

# ALGICLASE

*reune, em sua formula, o "big-three"  
dos medicamentos antireumaticos:*

**ACIDO FENILQUINOLINCARBOXILICO**

**PIPERAZINA**

**SALICILATO DE SODIO**

*em solução aquosa indolor, para uso endovenoso*

+++

**LABORATORIO PAULISTA DE BIOLOGIA S. A.**

Rua São Luiz, 161 — São Paulo

## Cruz Vermelha Brasileira

**Novo Presidente** — Em reunião realizada no dia 6 de julho na sede da entidade à rua Libero Badaró, foi aclamado presidente do conselho diretor da Cruz Vermelha Brasileira, filial do Estado de São Paulo, o sr. Braulio de Mendonça Filho, eleito membro desse órgão em dezembro de 1945, com mandato por três anos. O sr. Braulio de Mendonça sucede, nesse posto, ao senador Roberto Simonsen.

Presidiu à reunião o engenheiro João da Silva Monteiro Filho, vice-presidente do conselho diretor, achando-se presente a maioria dos diretores conselheiros, entre os quais os srs. Henrique Baima, Cesar de Lacerda Vergueiro, Jaime Torres, prof. Cantidio de Moura

Campos, Cibele Vicente de Azevedo, prof. Aquiles Bloch da Silva, Roberto Ferreira do Amaral, Lucia Vale Ferreira da Rosa, Alvaro Cajado de Oliveira e Isabel W. Gomm, secretária do conselho diretor, por proposta da qual foi o sr. Braulio de Mendonça aclamado seu presidente.

Tomando conhecimento da renúncia do sr. Pedro Aires Neto, presidente da diretoria, foi igualmente aclamado o sr. Francisco Pati, presidente em exercício, para substituí-lo. O sr. Francisco Pati era o vice-presidente da diretoria.

A seguir, o sr. João Monteiro Filho saudou os dois novos presidentes. Ambos agradeceram.

## Homenagens a médicos de São Paulo

**Prof. Ernesto Tramonti** — A sociedade paulistana e os meios científicos do país, prestaram no dia 11 de julho, a homenagem da sua simpatia e do seu apreço ao ilustre médico, professor dr. Ernesto Tramonti, que comemorou o jubileu da sua formatura.

Residindo em S. Paulo há mais de 35 anos, o distinto cientista soube cercar-se de um halo de admiração e de simpatia, não apenas entre a coletividade italiana, de que é figura de excepcional brilhantismo, mas nos meios sociais brasileiros onde desfruta marcante lugar, mercê das suas qualidades de cavalheiro, da sua brilhante inteligência e da sua bondade. Natural de Cosenza, Italia, onde nasceu em 1872, formou-se pela Real Universidade de Roma a 11 de julho de 1898, "magna cum laude". Sua tese de doutoramento revelou os seus elevados dotes intelectuais, pois o tema escolhido "A toxidez das urinas nos equivalentes epilêpticos", alcançou louvor da Banca Examinadora e obteve o premio "Giro-

lami". Iniciando a carreira profissional e científica, tornou-se, por concurso, assistente dos hospitais de Roma, cidade onde trabalhou, ainda, na Clínica Psiquiátrica. Em seguida tornou-se primeiro assistente do prof. Mingazzini, na Clínica Neurológica da mesma Universidade e assistente da Clínica de Moléstias Nervosas Infantis, dirigida pelo professor De Sanctis. A sua natural tendência para os conhecimentos neurológicos e os largos estudos que fez nesse sentido, levaram-no, em 1912, à conquista brilhante da Livre Docência de Neurologia. Era já um nome que se projetava nos meios científicos da Italia quando, a convite do ministro do Brasil na Santa Sé (1912), veio para S. Paulo onde teve a seu cargo o Gabinete de Análises Clínicas do Hospital da Beneficência Portuguesa.

Em 1915 foi nomeado chefe da Enfermaria de Clínica Médica e Neurologista do Hospital Humberto I, hoje Hospital Nossa Senhora da Aparecida. Exerceu esse cargo,

com proficiência reconhecida até dezembro de 1941, dele tendo se afastado apenas no intervalo da primeira grande guerra mundial. Alcançara o prof. Tramonti destacado lugar na medicina de S. Paulo, quando, atendendo ao apelo da Patria, em julho de 1915, deixou o seu bem estar, familia e amigos, além de uma clinica vastissima, para cumprir o dever de soldado. Durante quatro anos prestou serviços nos hospitais de sangue, no teatro da guerra obtendo rápidas e sucessivas promoções, atingindo o posto de coronel-médico. Encerrado o episódio sagrento com a derrota dos impérios centrais, retornou o professor Tramonti para o conforto do lar, convívio de amigos e para o exercicio de sua nobre profissão.

Nos intervalos de sua clinica, estudava e produzia, sempre ao par das novidades surgidas no campo da medicina. Produziu mais de 60 trabalhos científicos dos quais se destacam: "Um tratado de semiotica neurológica", volumoso trabalho sobre "as tendências criminosas nos elinjo frenicos"; "Um estudo clinico e anatomo-patológico sobre as "Hematomiélias"; um estudo sobre a "Acremegalia", além de numerosos outros, reveladores das suas preocupações de cientista. Entre 1934 e 1941 publicou cerca de 30 estudos, todos feitos no Hospital Humberto I, muitos deles fundamentalmente originaes, como, por exemplo "A aplicação endovenosa das auto-vacinas na Brucelose", estudos pessoais sobre a "Tetania Adulterum", paralisia espinal epastica e muitos mais. Os seus últimos trabalhos referem-se a um processo original do tratamento da Coreia e da moléstia de Simmonds, mediante a hemoterapia, praticado com êxito brilhante. Fi-

bra de estudioso e de cientista, seus trabalhos foram conhecidos e apreciados, não apenas no Brasil e na Italia, mas, ainda, em muitos países da Europa e da América.

Recebeu o ilustre médico várias condecorações, pelos seus trabalhos e pelo seu valor. Entre as homenagens que lhe foram tributadas figuram a Cruz de Santo Estevam, da Hungria e da Comenda da Coroa Italiana.

O jubileu de formatura do distinto cientista representou um prêmio magnifico para que a legião dos seus amigos e admiradores lhe tributassem as mais espontâneas manifestações do seu respeito e da sua simpatia. Amigos mais intimos comemoraram a efemeride gratissima, oferecendo-lhe um jantar. O professor Tramonti tem larga e bela folha de serviços prestados aos necessitados de nossa terra.

**Dr. Argemiro Rodrigues de Siqueira.** — Depois de 35 anos de magnificos serviços prestados no Hospital Franco da Rocha (Juqueri) foi aposentado no posto de diretor da Divisão Clínica Especializada, o ilustre médico, dr. Argemiro Rodrigues de Siqueira.

Por esse motivo os médicos e demais funcionários daquele hospital, reunidos no salão nobre, prestaram significativa e merecida homenagem àquele facultativo que se aposentava depois de trinta e cinco anos de bons serviços ali prestados à psiquiatria.

O distinto médico foi saudado pelo dr. Milton Penha, diretor geral do Departamento de Assistência aos Psicopatas e pelo dr. Aloysio Matos Pimenta. Nessa ocasião procedeu-se à inauguração de seu retrato no salão nobre e foi-lhe entregue uma lembrança da festa de despedida.

— CONTRA DORES —  
**Troipel**   
— COMPRIMIDOS — *Homburg*

## Necrológio

**Prof. José Oria** — Com a presença de todos os professores da Faculdade de Medicina, assistentes e alunos, numerosas famílias e amigos, realizaram-se na tarde de 19 de julho os funerais do ilustre Prof. José Oria, um dos luminares do mundo científico brasileiro. O corpo, que esteve em camara ardente na Faculdade de Medicina, recebeu a visita de uma verdadeira multidão de amigos, colegas e admiradores de Oria. Às 17 horas, o padre Juca de Carvalho, da Paróquia do Jardim América, procedeu à encomendação do corpo. Depois, profundamente abalado, discursou o prof. Carmo Lordy, titular da cadeira de Histologia e Embriologia, com quem Oria trabalhou durante 23 anos em seu departamento científico. As palavras de despedida do prof. Lordy comoveram profundamente a todos os presentes que não puderam conter as lágrimas. O velho catedrático estava emocionado com o prematuro desaparecimento de seu discípulo dileto, filho espiritual do mestre. O prof. Sebastião Hermeto Junior fez, com palavras eloquentes, as despedidas em nome dos docentes da Faculdade de Medicina. O dr. José de Toledo Mello, em comovente oração, traçou, com perfeição e elegância, o retrato do querido morto. O orador oficial do Centro Acadêmico "Oswaldo Cruz" fez, com emoção, as despedidas em nome dos alunos da Faculdade, que tinham em José Oria o amigo, o guia sempre modesto, e não o mestre, que poderia ter enriquecido com a Hematologia, mas que amou, acima de tudo, o ensino, a pesquisa científica.

Procedeu-se, em seguida, ao saimento fúnebre, tendo à frente o estandarte da Escola, rumo ao jazigo da família, na Necropole do Araçá. Aqui, ao baixar o corpo para o descanso eterno, discursou com emoção o diretor da Faculdade de Medicina, o prof. Renato Loc-

chi, que pronunciou as seguintes palavras:

"Não só como diretor da Faculdade manifestamos nossa máguia pela perda que hoje sofremos, esperada mas nem por isso menos sentida, mas também como amigo que quer ter a convicção plena de haver, ao menos parcialmente, surpreendido o íntimo de José Oria. Testemunhamos os seus primeiros passos na carreira universitária: ao findar uma tarde de 1926, chega-se ele ao limiar do singelo e operoso gabinete de Bovero, então no prédio da rua Teodoro Sampaio. Uma pergunta do professor, pronta resposta de Oria, e surge daquela rápida conversa, o motivo de sua tese de doutoramento e com esta, o início de sua ascendência na patologia e particularmente na hematologia; tese sugerida e orientada por Bovero, de quem adquire o rigoroso método de estudo. Consequência: Oria no espírito de nosso Mestre comum, compreensão que se manifesta em toda sua vida e se entrevê ainda no seu artigo "Bovero redívivo".

Sua vida, integralmente dedicada, e com entusiasmo, ao estudo, ao ensino, à Faculdade. Viveu admirado pelos estudantes, que sabia atrair; respeitado e temido, como um forte, pelos maus e invejosos; querido pelos amigos que bem sentiam toda a nobreza de seus sentimentos.

Foi cruel o destino, na sua indiferença. Perda grave e irreparável; há vazio em torno!

Talhado pelos seus atributos morais e intelectuais para chefe de escola, que já o era; solida cultura, competência incontestada no seu campo, reconhecida aqui e fora do país, destacava-se nele a primeira condição de guia e plasmador de mentes jovens: dádioso de seus conhecimentos e experiência, transferia-se nos seus discípulos, que só assim se formam; orientava-os, sugeria temas de estudo, segundo o

# Genalcaloides

POLONOVSKI E NITZBERG

Ampolas.  
Gotas.  
Granulos.

NOVOS ALCALOIDES  
NÃO TOXICOS

NA PRÁTICA  
QUOTIDIANA

**GENATROPINE**

**GENESERINE**

**GENOSCOPOLAMINE**

**GENHYOSCYAMINE**

**GENOSTRYCHNINE**

**GENOSTHENIQUES**

*Carodylate de Genostrychnine  
e de Geneserine*

■ HYPERACIDEZ  
DORES ABDOMINAES

■ HYPOACIDEZ  
SYNDROMA SOLAR

■ PARKINSONISMO  
ASTHENIA CIRURGICA

■ TREMORES DIVERSOS  
SEQUELAS DE ENCEPHALITES

■ NEURASTHENIA  
PARALYSIAS

■ ASTHENIA  
DEPRESSÃO

Os Drs. Max e Miguel Polonovski designaram com o nome de "Genalcaloides" (C. R. Académie des Sciences, Paris, 1925) uma serie de compostos alcaloides de função aminoxyda nos quaes se reconheceram propriedades identicas ás do alcaloide fundamental de que derivam, porém, com a differença essencial de que são mui fracamente toxicos comparados com o alcaloide.

**AMIDAL**  
(Fermentos lacticos)  
ENTERITES  
DIARRHEAS

**Laboratorio AMIDO**  
A. BEAUGONIN, Pharmaceutico  
4, Place des Vosges, - PARIS

**BACKERINE**  
(Fermentos Seleccionados)  
TUMORES  
CANCER

LABORATORIOS ENILA S. A. — RIO DE JANEIRO

Matriz: Rua Riachuelo, 242 — C. P. 484 — Filial: Rua Marquês de Itá, 202 — S. Paulo

rigoroso metodo boveriano de trabalho. Seu nome projeta-se em outros centros, prestigiando e enriquecendo o patrimonio científico de nossa Faculdade. Franqueza e capacidade de critica, ironica ou modaz, valendo-se de rico e forte vocabulario, facultado pela sua cultura geral, cada vez mais rara entre os homens de laboratorio. Severo para consigo, mesmo donde o direito de o ser para os outros. Em frases directas e não dúbias, dizia o que sentia, naquela sua voz baritonal penetrante, suave e boa, sempre norteado pela justiça e justiça de propositos.

Nem a morte venceu aquele traço fisionómico muito seu, misto de amarga e fina ironia e de aguda autocritica, inimigo que era, genericamente, da autosuficiencia.

Pesquisador com alma de artista, sentimental incorrigível, viveu feliz e atormentado: feliz na beleza da sua ciencia e da sua arte, alimentos para a sua grande bondade; atormentado porque possuindo de insatisfação intelectual e moral,

sempre foi desejoso de aprimoramento espiritual. Tentativa idealistica de ser Homem não como "transitorio convencionalismo burguês" não como "resultado definitivo e duradouro", mas sim "Homem como ensaio e transição", Homem como "possibilidade longinqua", possibilidade de "vir a ser", "ponte perigosa", mas tentadora aos eleitos, "lançado entre a natureza e o espirito". Viveu sempre na ansia incontida de subir, em obediencia à constante exigencia de sua alma bem formada. Criou assim e viveu intensamente seu mundo espiritual e tombou como viveu: verticalmente.

Com estas desaviadas palavras, dominadas pela emoção, não se pretende traçar nem esboçar seu perfil psicologico multiforme e singular. Vai nelas toda a nossa dor, toda a nossa saude de amigo, todo o pesar da Faculdade pela perda de quem soube pautar tão alto sua vida de cientista e de cidadão. Que sobre ela meditem os moços estudiosos, e a sigam.

## ASSUNTOS DE ATUALIDADE

### A remuneração dos médicos

**Pontos de vista da Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho** — "Em sua ultima reunião, realizada em 2 de junho de 1948, a Sociedade Paulista de Medicina Social e do Trabalho tomou conhecimento, através da exposição de um dos seus socios, do arquivamento da representação dirigida a V. S. em fins do ano passado, na qual os medicos das instituições de previdencia social reivindicaram melhoria das condições economicas e de trabalho. Esta Sociedade que, como o seu proprio nome o diz, interessa-se profundamente pela função social da pratica medica, não pôde deixar de lamentar essa ocorrencia, o que o fez aprovando nessa reunião um voto de desagravo à profissão me-

dica, mormente tendo em vista que o arquivamento da referida representação efetivou-se com base em parecer contrario de V. S. fundamentado na não distinção entre o trabalho do medico e o dos outros funcionarios da previdencia; na suposta situação privilegiada do funcionario medico; e na impossibilidade financeira de atendê-la, por parte da maioria das Caixas e Institutos.

Afim de desfazer qualquer interpretação equivocada que porventura pudesse ser dada a esse voto, esta Sociedade sente-se na obrigação de esclarecer perante V. S. os motivos que a levaram a aprova-lo, o que o fez no momento em que o torna conhecido de V. S., guiada tão somente pelo desejo de con-



tribuir para o aperfeiçoamento do seguro social brasileiro. Não pretendendo fazer critica de carater pessoal, acha, entretanto, que o simples fato de terem sido preteridas as reivindicações dos medicos, está a demonstrar que V. S. provavelmente esteve mal informado acerca do alcance social das mesmas e as encarou como simples pretensão de um grupo isolado de funcionarios. Não pode ela furtar-se, a uma tentativa de esclarecimento do assunto o que faz ac. lhe transmitir a presente mensagem, cujo texto foi igualmente aprovado na reunião citada.

Não é exato que não haja diferença entre o trabalho do medico e de outros funcionarios da previdencia social. Tanto não é exato, antes de mais nada, áquele é exigido, no ato da posse, o diploma universitario devidamente legalizado, exigencia essa que o distingue do comum dos funcionarios desde o seu ingresso nos quadros da instituição. Tanto não é exato, que os mais elevados cargos dentro do sistema brasileiro de seguro social, poderiam ser occupados, sem perda provavel de eficiencia, por um medico que tivesse adquirido alguma experiencia no assunto; ao passo que mesmo o mais graduado funcionario jamais poderia ocupar legalmente o cargo de um simples e obscuro medico do Interior, a menos que se sujeitasse a cursar uma Faculdade de Medicina. A profissão medica tem sido, através dos tempos denominada sacerdocio e a justeza dessa denominação se evidencia desde o inicio da carreira. Analogamente ao sacerdocio religioso ela imprime carater aos que escolhe, dando-lhes poderes que nega a qualquer outra profissão.

Tanto não é exato que não seja diferente o trabalho do medico, que qualquer funcionario, mesmo o mais altamente colocado, pode interromper o seu trabalho a qualquer hora sem prejuizos irreversiveis para a coletividade, enquanto que o medico não pode abandonar ao meio uma intervenção cirurgica iniciada, não lhe sendo nem ao menos licito entrega-la às mãos

de outrem. Porque a profissão medica é a unica que enlaça os seus súditos dentro de um juramento tão grave como o de Hipocrates não é exato, que o comum dos funcionarios não está, como o medico, exposto aos perigos quotidianos advindos do contacto com doentes contagiosos, da contaminação oriunda da cirurgia septica, ou da manipulação de culturas de bacilos virulentos. Tanto não é exato, que enquanto qualquer funcionario encerra as suas obrigações ao deixar o serviço, o medico continua, fora dele, o seu aperfeiçoamento científico, indispensavel para o bom cumprimento do seu ministerio. E o proprio Estado é o primeiro a reconhecer isso, quando exige do medico algumas horas de trabalho na instituição, ao contrario dos outros, dos quais exige todas as horas legais.

Positivamente, o trabalho do medico é meridianamente diverso do trabalho de outros profissionais e não pode ter como padrão comparativo sinão o trabalho de outro medico. Não se pode classifica-lo em comum com o resto do functionalismo, nem ter este como ponto de referencia.

Isto posto, verifica-se de imediato, que de modo algum desfrutam os medicos previdenciarios de posição ou privilegios que estejam à altura do valor e da necessidade do seu trabalho. Muito ao contrario, a sua situação é de verdadeiro constrangimento moral. Os seus salarios são realmente muito baixos, e é de se admirar como ainda encontrem eles energia e tenacidade sufficiente para manter, como mantem, o claudicante prestigio da Previdencia Social, que sem a assistencia medica já estaria totalmente desacreditada.

Ao contrario a prestação de serviços medicos, argumenta a administração dessas instituições com a possibilidade de prover o medico à sua subsistencia com a pratica liberal nas horas restantes. Na realidade, o raciocinio inverso é que seria o certo; não lhe sendo possivel manter-se apenas com o seu salario, vê-se o medico obrigado a procurar na pratica libe-

ral os meios que lhe faltam. Como porem, progressivamente vai a Previdencia Social incluindo entre os seus beneficiarios todas as categorias sociais e profissionais, torna-se cada vez mais difficil ao medico obter fora os recursos financeiros que lhe faltam. Apenas para argumentar é, entretanto, indicado o erro desse raciocinio. Na verdade, na avaliação do preço a ser pago pelo serviço medico, nunca deveria ser objeto de cogitação — como, aliás, não é para as outras categorias de funcionarios — a possibilidade de remuneração de atividades exercidos fora do emprego. Ao medico deve ser pago o justo valor do seu trabalho, que é inostimavel e insubstituivel, independentemente do que mais possa ele auferir por sua conta. Este ponto, que talvez seja o unico em que se deveria colocar em pé de igualdade os funcionarios medicos e os não medicos, demonstra por si só como inexistente a decantada situação privilegiada daqueles.

Nem se argumenta com o fato de aparentemente trabalharem os medicos menos tempo que os outros funcionarios. E' preciso, mais uma vez, frisar que o serviço do medico é altamente tecnico e especializado. Necessita ele de continuo cultivo e aperfeiçoamento dos seus conhecimentos scientificos e adexramento nos novos metodos de diagnosticos e tratamento que surgem todos os dias. Para o bom exercicio do seu ministerio na instituição previdenciaria, é indispensavel o tempo gasto nessas atividades e assim sendo, esse tempo deve ser computado, completando e mesmo ultrapassando as horas regulamentares. No dia em que as instituições de previdencia mantiveram hospitais gerais de elevado padrão assistencial, instalarão bibliotecas medicas ricas e variadas e subvencionarão congressos e reuniões medicas, e então assim, terão adquirido o direito de exigir tempo integral dos medicos em virtude das facilidades que terão criado para o seu aprimoramento tecnico e científico. Enquanto tal não puder ser feito — e tão

cedo não o será — estão na obrigação de considerar-los em regime de tempo integral com três horas de serviço por dia, deixando que nas outras três busquem eles por sua conta os hospitais universitarios, as bibliotecas publicas ou particulares e as reuniões medicas independentes.

Alem do mais, é preciso considerar que não se podem nem se devem preterir os direitos e destruir as legitimas ambições daqueles que sacrificam anos vigorosos de sua existencia na aquisição de conhecimentos basicos para a sua formação profissional. O abandono de tais prerrogativas conduzirá ao descrédito da profissão com o correspondente prejuizo para a coletividade que dela se serve. Por isso é que, embora sabedora de que o parecer contrario de V. S. não seja provavavelmente fruto da ausencia de criterio justo, mas da falta de informações verdadeiras no terreno medico-social, esta Sociedade julga seu dever condenar formalmente o erro em que incorre V. S. ao considerar a representação arquivada como simples pedido de aumento de vencimentos de uma determinada categoria de funcionarios. Por detrás dessas reivindicações está todo o panorama futuro da assistencia medica da Previdencia Social, fato que infelizmente passou despercebido a V. S. e que deve ser esclarecido pela profissão medica, através das suas entidades representativas, entre as quais se situa esta Sociedade.

Eminentemente intelectual, o medico não pode trabalhar preocupado. Existe um padrão minimo de conforto moral e bem estar material para o medico, abaixo do qual é impossivel obter-se boa assistencia medica. Não ganhando o suficiente para viver dignamente, passa ele a trabalhar com o pensamento distante, à procura das fontes de onde poderá auferir lucros após o termino do seu serviço. Outrora, quando esses lucros eram certos na pratica liberal, menos mau, porque as suas preocupações giravam dentro da propria profissão. Atualmente, porem, que o

desanimo começa a invadir a classe medica, em virtude da socialização uniteral da medicina, é de se temer que deveriam eles a sua atenção para as atividades comerciais e industriais mais rendosas, deixando mesmo de estudar e frequentar hospitais. A defesa das reivindicações economicas dos medicos previdenciarios transcende, pois, os limites da pura ambição pessoal ou profissional, para invadir decididamente o terreno do interesse publico. Pouco importa que sejam eles os beneficiarios imediatos da situação pleiteada. Tambem os deputados e senadores são beneficiarios imediatos das imunidades parlamentares que, no entanto, não foram criadas para favorecê-los mas para garantia da opinião que eles representam.

O medico precisa ser pago suficientemente para que lhe seja possível realizar serviço medico bem feito e aperfeiçoar-se na sua profissão. A manutenção dos salarios medicos em niveis incompatíveis com a dignidade e responsabilidade da profissão, conduziria fatalmente à deterioração da assistência. E esteja V. S. certo de que se a baixa do padrão assistência ainda não atingiu, nas Caixas e Institutos, proporções alarmantes, deve-se unica e exclusivamente ao senso de responsabilidade em grau muito mais elevado do que em qualquer outra. Si se reduzir a horas de serviço ou a tarefas o trabalho dos medicos previdenciarios, ver-se-á que a maioria recebe menos de vinte cruzeiros por hora de serviço e dá consultas a menos de cinco cruzeiros! Compare-se com a renda de um trabalhador analfabeto em São Paulo ou Rio, e ver-se-á que é impossivel manter boa assistência medica por muito tempo, nessas condições. E' necessario evitar a todo custo os graves danos que a pseudo-assistência causará à coletividade.

Nem se deve argumentar com o fato de serem insuficientes para atender às reivindicações dos medicos, as verbas destinadas à assistência medica das instituições de previdencia social. Essa assistência sempre foi e será altamente dis-

pendiosa. Tão cara é ela que, ao verificar-se que a maioria da população não podia custea-la, foi introduzidas nas Caixas e Institutos, através do seguro-doença. E embora a soubessem assim dispendiosa, não cuidaram os seus introdutores de consignar-lhes verbas suficiente, esquecidos de que não se pode pretender engajar homens de cerebro e de responsabilidade pelo mesmo preço que se paga a um simples trabalhador braçal. Argumente-se, isto sim, que já é tempo de ser corrigido esse erro inicial, consignando-se maiores recursos para a assistência medica, antes que seja muito tarde, e ainda que se tenha de subtrai-los a outros beneficios. A niguem é licito eximir-se do pagamento de qualquer serviço, alegando não estar preparado para custea-lo. A assistência medica preventiva e curativa constitue a mais premente necessidade do doentio povo brasileiro e deve ser a base de todas as operações do seguro social, reduzindo o risco em todas as especies de beneficios e aumentando assim a solidez da instituição. E nada existe mais criminoso do que assistência medica mal feita.

Não é certamente por estar nadando em ouro que o governo britânico, acodindo a uma população aproximada à do Brasil, reservou para o custeio dos primeiros nove meses do seu plano de assistência medica do seguro social, a fabulosa quantia de 150 milhões de libras — cerca de dez milhões de cruzeiros! E' que, os administradores do seguro social inglês, mais austeros e menos impulsivos do que os improvisados especialistas brasileiros, desejam honestamente propiciar a melhor qualidade possível de assistência medica aos seus segurados e sabem que é preciso pagar o que ela vale. Tambem não foi por mero diletantismo que o Senado norte-americano abandonou a discussão do projeto Wagner-Dingell, de seguro-doença compulsorio, em detrimento do projeto Taft-Smith-Ball, que cuida da subvenção federal à assistência medico-hospitalar. E' que, tambem os legisladores norte-america-

nos convenceram-se, após ouvir a Associação Médica Americana, de que sem imensos recursos financeiros, não se poderia fazer mais do que um melhor aproveitamento da assistência já existente. E no entanto, a simples subvenção prevista nesse projeto atinge, para uma população apenas tripula da nossa, a cifra de 225 milhões de dólares — quasi cinco bilhões de cruzeiros!

Dedicando à assistência médica verbas tão exiguas que não suportam sequer o primeiro impacto das mais justas e razoáveis reivindicações dos seus médicos, a Previdência Social Brasileira evidencia que ainda não se afastou do plano demagógico sob cuja inspiração se desenvolveu e que não alimenta, na realidade, nenhum propósito honesto no sentido de cobrir com eficiência o risco da doença. Já é tempo de perderem os nossos legisladores e administradores o mau hábito de pretenderem resolver com pingos d'agua, problemas que estão a exigir verdadeiros oceanos pecuniários. Até o presente não se descobriu ainda outro meio de se obter bom serviço médico, que não seja através de um corpo clínico de primeira ordem e de uma boa organização hospitalar. E não ha exemplo de que esses dois fatores se tenham podido obter sem recursos financeiros.

Dê a Previdência Social aos seus médicos salários dignos e ponha à sua disposição uma organização hospitalar eficiente, que lhes favoreça a pesquisa e o estudo, e verá V. S. que, dentro de poucos anos, eles terão tornado internacionalmente famosa a assistência médica do seguro social brasileiro. Mantenha-os, por incompreensível cegueira, nas atuais condições economicas e de trabalho, e dentro em nouco choverão sobre essa assistência os anátemas de uma coletividade desservida pela obra de fachada na qual se terá transformado um serviço médico de padrão inferior.

A classe médica é a depositaria dos conhecimentos essenciais e dos homens necessários para a solução de um dos mais graves problemas nacionais, e acha-se em condições

de dar uma contribuição vital ao bem-estar coletivo. Mas não pode fazê-lo em regime de desprestígios e constrangimento. Ela não é, em princípio, contrária à medicina socializada, si não na medida em que a vê realizada sem um planejamento cuidadoso, sem um estudo minucioso das suas bases economicas e à sua total revelia. Em tais condições não pode aprová-la, porque vê — e infelizmente só ela vê — que a desintegração da assistência é inevitável e levará no seu desmoronamento o prestígio da profissão e a confiança do publico.

Tais coisas não são aqui ditas como defesa de uma classe ou de um determinado grupo de profissionais, mas em defesa da saúde coletiva, cuja responsabilidade recae, em ultima instancia, sobre os médicos. As reivindicações dos médicos previdenciários não podem, portanto, ser consideradas simplesmente como um pedido — a ser atendido ou recusado — e enviadas ao arquivamento com um laconico parecer contrario. Eles envolvem responsabilidades muito mais serias, quais sejam as da futura desorganização e aviltamento da assistência médica da Previdência Social, para a qual a nova lei organica, em estudos no Congresso Federal, prevê um desenvolvimento extraordinario, ingenuamente baseado em recursos insignificantes. Essas reivindicações não são apenas dos médicos previdenciários, mas o são atualmente de toda a profissão médica ameaçada de socialização em baixo padrão; e não o são apenas em seu proprio interesse mas, primordialmente, no interesse do publico, que é o beneficiario da assistência médica e que a exige de boa qualidade. Elas devem ser amplamente debatidas entre os administradores e os representantes da opinião da classe médica, nunca resolvidas unilateralmente no silencio dos gabinetes.

Esta Sociedade acha-se tão interessada com V. S. na solução dos problemas sociais, e, ao notifica-lo da resolução aprovada em sua ultima reunião, faz plena

justiça à boa fé e vontade de acertar que se evidencia em todos os atos de V. S. E. assim julgar, tem certeza de que V. S. esteve realmente mal informado acerca do alcance social das reivindicações pleiteadas, e que modificará os seus pontos de vista após auscul-

ta da opinião medica. Nessas condições, toma a liberdade de sugerir a V. S. a oportunidade de um debate sobre a questão, aguardando nesse sentido as suas instruções relativas à sua possibilidade e epoca de realização.”

## A falta de médicos

**Situação no interior** — Os resultados dos inqueritos estatísticos executados pelo I. B. G. E. vêm revelando, a precariedade da assistência medico-sanitaria no Pais. De modo geral, os estabelecimentos especificos não dispõem de capacidade suficiente para atender senão a uma parte muito reduzida das necessidades. Alem disso, os recursos existentes, concentram-se nas capitais, ou em algumas cidades importantes, permanecendo o interior sem hospitais dispensarios ou simples ambulatórios.

O numero de medicos. tambem está muito aquem das necessidades. Recentes apurações do I. B. G. E. relativamente aos medicos em atividade no Brasil, em 1945, indicam que a média geral do Pais é a de um facultativo para cada grupo de 2.789 habitantes, media sobremodo baixa e em piores condições que a da luguslavia, em 1912, que era nesse terreno, o pais em situação mais desvantajosa na Europa.

As proporções de um medico para habitantes era a seguinte, naquele ano, em alguns paises: Suecia, 723; Grã-Bretanha, 937; Estados Unidos, 981; Argentina, 1097; Holanda, 1336; Portugal, 1889.

Havia, em 1946. unidades federadas que não chegavam a contar com um medico para 10 mil habitantes; Maranhão, Piaui e Pa-

raiba. Menos de 4 medicos para o mesmo grupo de pessoas era a situação da grande maioria dos Estados, excetuados os territorios de Guaporé e Rio Branco, o Distrito Federal e São Paulo.

Dos medicos em atividade no Pais, 60.42% se encontravam nas capitais, onde, aliás se verificavam elevadas taxas, sendo a menor a de Cuiabá, com 2,7 medicos por 10 mil habitantes Belo Horizonte situava-se em primeiro lugar, com 20,7, seguindo-se Porto Alegre (20,5), Salvador (2,2), São Paulo (17,8), Distrito Federal e Curitiba, (17,7) e Niteroi (17,2).

Dos 10.235 medicos que clinicavam nas capitais brasileiras 61,2% estavam concentrados no Rio e em São Paulo, onde se contavam aliás, 37% dos facultativos de todo o Pais.

Nos municipios do interior os coeficientes especificos eram assaz baixos. Amazonas, Rio Branco, Pará Maranhão, Piaui, Ceará, RioGrande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, não dispunham de um medico sequer para a população basica de 10 mil habitantes. O estado em melhores condições era o de São Paulo, com a taxa de 3,3 medicos.

Em face do territorio. a relação no interior, era de um medico em cada superficie de 1 105 quilometros quadrados, ou seja area praticamente igual a de todo o Distrito Federal.

# GLUFITOL - COLAGOGO E COLERÉTICO

1 COLHER EM JEJUM

## Acidentes da terapia intravenosa

**Reações térmicas** — A ocorrência de reações térmicas, consecutivas às injeções intra-venosas de sôros artificiais e outras soluções injetáveis são geralmente imputáveis à presença de pirogênios, ocorrentes na água destilada e nas substâncias químicas que constituem as referidas preparações. Entretanto, é preciso chamar a atenção sobre o fato de tais agentes pirogênicos ocorrerem também na água comum de esterilização das seringas e agulhas, nos tubos de borracha e agulhas para administração de sôros.

Além disso, tais reações térmicas podem também apresentar-se em vários estados infecciosos, quando a injeção intra-venosa provoca a drenagem de germes, toxinas ou produtos de metabolismo microbiano, para a circulação.

Para prevenir com segurança, as possibilidades dessas reações, é necessário, entretanto, que todas as causas apontadas sejam igualmente evitadas pelas pessoas encarregadas de preparar o material para tais injeções.

## CONGRESSOS MEDICOS

### IV Congresso Academico Internacional

**Realização em São Paulo** — Sob a presidência de Honra do professor Renato Locchi, diretor da Faculdade, realizou-se no dia 7 de julho às 15 horas, no anfiteatro da Escola, o IV Congresso Medico-Academico Interstadual. Nessa ocasião discursaram o diretor da Faculdade; o academico João Teixeira Pinto, que dirigiu uma saudação aos congressistas; e, o academico Jorge Lian, em nome dos visitantes.

No dia 19 cedo, os academicos visitaram o Reitor da Universidade e o governador de São Paulo. As 15 horas, houve sessão ordinaria, com a apresentação do seguinte programa:

- a) Tuberculose infantil — ac. José Freire Gomes;
- b) Problema alimentar no Brasil e restaurantes populares — ac. Edgard Barbosa Ribas;
- c) Mecanismo de ação da insulina — ac. Isaias Raw;
- d) Considerações em torno do problema do ensino medico — acs. Olivio Sterza e Nelson M. Rego.

20 horas — Sessão ordinaria:

a Complexo primario tuberculoso nas suas diferentes localizações — acs. Paulo Sacramento e Miguel Eobar Acosta;

m) Estreptomicina no tratamento da tuberculose — ac. Nivaldo Bonifacio Pinto;

c) Da velocidade circulatoria pela lobelina — acs. Orlando N. Bassoi, Mussa Huchul e Renato Migliorini;

No dia 20 foi o seguinte o programa 830 horas — Visita à Via Anchieta. 15 horas — Sessão ordinaria:

a) Tuberculose peritoneal — ac. Horacio Pimpão Neto;

b) Arritmias na molestia de Chagas — acs. Gilson Quarantei e João B. de Camargo Alves;

c) Barbituricos e epilepsia — ac. Gumerindo Morais Junior;

d) Conclusões sobre mil exames de fézes (parasitológicos) na Santa Casa de São Paulo — ac. Osvaldo P. Forattini;



e) Estudo eletrocardiografico da hipertrofia ventricular esquerda — acs. Flavio Ghedine de Carvalho, Jaime Rosenboym e Ivanhoé Esposito;

20 horas — Sessão ordinaria:

a) Noções applicadas sobre carencia alimentar — ac. Nagib Curi;

b) Tuberculose na Capital de São Paulo — ac. Israel Mussenzveig;

c) Etiopatogenia do bócio exoftalmico — ac. Rubem Rodrigues;

d) Considerações sobre o quadro eletrocardiografico no bloqueio de Ramo — acs. Gilson Quarantei e João B. de Camargo Alves;

## VII Congresso Brasileiro de Higiene

**Sua realização em São Paulo** — Sob o patrocínio da Sociedade Brasileira de Higiene, realiza-se nesta Capital, de 19 a 25 de outubro vindouro, o VII Congresso Brasileiro de Higiene. Serão membros do certame os representantes officiaes de saude publica, federais estaduais e municipais e de instituições científicas, os associados da entidade supra aludida e todo profissional devidamente inscrito.

São os seguintes os temas do certame: 1) Educação Sanitaria. 2) Higiene Rural: a) organização e funcionamento de serviços de higiene e medicina no meio rural; b) habitação na zona rural; c) combate à malaria, às helmintoses e à boubas. 3) Epidemiologia e Profilaxia: a) das amebiasés; b) da meningite cerebro-espinhal (meningococcica); c) da poliomyelite; d) das disenterias bacillares e outras infecções; e) da brucelose; f) do tracoma; 4) Higiene alimentar: a) inqueritos alimentares e inqueritos sobre o estado de nutrição da população brasileira, especialmente na zona rural; b) estudo sobre a composição de alimentos brasileiros, especialmente sobre o teor mineral e vitaminico de

frutas e verduras; c) o problema do leite; produção, higienização, industrialização, e distribuição; d) sugestões para a correção das principais nutritivas da população brasileira.

Para harmonia e boa ordem do certame, será indicado desde logo uma comissão para classificar os trabalhos, de acordo com os temas officiaes, não sendo aceitos e, em consequencia, nem lidos e discutidos, os que fujam à norma comum estabelecida ou não apresentem sugestões de ordem pratica applicaveis no Brasil.

Os trabalhos deverão conter conclusões e serão apresentados em três vias dactilografadas em papel tamanho officio, com espaço duplo, tendo no maximo dez paginas. Poderão, finalmente, ser entregues na secretaria da Sociedade Brasileira de Higiene ou na sede da Comissão Regional de São Paulo, na Faculdade de Higiene e Saude Publica, até o dia 1.º de outubro próximo, sendo que os trabalhos mimeografados ou impressos poderão ser ser recebidos até dois dias antes do inicio do certame, desde que sejam feitos em pelo menos duzentas copias.

*A Terapêutica eficaz do aparelho circulatório*

# NATRIFILIN

**Coronário-Dilatador — Diurético**

## LITERATURA MÉDICA

## Livros recebidos

**Terapeutica Clínica — Aparato respiratorio** — Alfredo Bandoni e outros, II vol. da Biblioteca de Terapeutica da Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 1947.

A conhecida Casa editora de Buenos Aires — El Ateneo — acaba de lançar, já em 2.<sup>a</sup> edição, o volume correspondente às doenças do aparelho respiratório da sua Biblioteca de Terapeutica, que tão boa acolhida vem tendo. O presente volume não cuida dos estratos alérgicos e da tuberculose, que mereceram volumes à parte. O livro é dividido em 3 partes: a) terapêutica etiológica, funcional e sintomática; b) afecções das vias respiratórias superiores; c) doenças do pulmão e da pleura. A obra, que foi escrita sob a orientação dos profs. César Cardiini e Jeran José Beretervide, contou com a colaboração de onze destacados especialistas argentinos, que abordaram os mais variados temas, desde a asfixia do recém-nascido e das bronquites crônicas até o uso dos revulsivos e o tratamento dos traumatismos torácicos, incluindo um capítulo especial sobre o pre e o posoperatório da cirurgia torácica. Como se vê, é um trabalho de amplas proporções, capaz de prestar relevantes serviços ao médico pratico. O volume contém mais de 600 páginas, com algumas ilustrações.

**Introducción al estudio de la Vitamina P** — Pedro Purig Muset, Editorial Miguel Servet, Barcelona, 1945.

As vitaminas continuam na moda e os nossos conhecimentos sobre elas são constantemente acrescidos de noções novas. O presente volume sobre a Vitamina P faz parte das "Monografias de Terapêutica Geral" editadas pela casa Miguel Servet, de Barcelona. O A. assinala que essa vitamina ex-

traída da laranja atua coibindo a excessiva permeabilidade capilar, donde a sua aplicação em clínica nos casos de hemofilia, de hemorragia, de prpura, intoxicações medicamentosas, certas infecções, etc. Na cirrose do fígado também é capaz a Vitamina P de produzir resultados apreciáveis. A monografia contém 125 paginas e é contribuição valiosa para o conhecimento de mais esse aglut. terapêutico.

**Temporo-mandibular Joint ar Prosis** — Varl Boman, edição da Acta Chirurgica Scandinavica, EsEstocolmo, 1947.

Este livro, com 225 páginas, explana minuciosamente a questão do tratamento da artrite temporo-maxilar, à luz de 58 casos tratados pela extirpação do disco intrarticular. O estudo abrangeu também o exame de 1.350 indivíduos de todas as edades mostrando a grande porcentagem de pequenos sinais patológicos da articulação em questão, principalmente no sexo feminino. Com material assim tão abundante e com orientação tão bem planeada, é fácil de se avaliar a importância do presente trabalho, em que se acentua o valor profilático de um controlo permanente do estado das arcadas dentárias.

**Thiroid Enlargement and o ther changes related to the mineral content of drinking** Walter — Margarete Murray e outros, edição de Ibis Magesty's Stationary Office, Londres 1948.

Publicado sob os auspícios do Medical Research Council, aparece este interessante folheto contendo estudos sobre o bocio endêmico em relação com o conteúdo calcio iodo e fluoro de agua de abastecimento na Inglaterra. Baseados nos resultados colhidos, os

ACABA DE SAIR

# RADIOLOGIA CLÍNICA DO APARELHO DIGESTIVO

Dr. PAULO DE ALMEIDA TOLEDO

Livre docente de Radiologia da Faculdade de Medicina de S. Paulo

---

DOIS VOLUMES

948 páginas

547 figuras

**PREÇO Cr\$ 400,00**

---

## ÍNDICE GERAL DOS VOLUMES:

- CAP. I — Introdução ao estudo radiológico do aparelho digestivo.
- CAP. II — Tumores malignos do tubo digestivo.
- CAP. III — Radiologia clínica do esôfago.
- CAP. IV — Acalásia dos esfíncteres.
- CAP. V — Radiologia clínica do estômago.
- CAP. VI — Úlceras gastro-duodenais.
- CAP. VII — Estômago operado.
- CAP. VIII — Divertículos do tubo digestivo.
- CAP. IX — O arco duodenal.
- CAP. X — Radiologia clínica do delgado.
- CAP. XI — Radiologia clínica do apêndice.
- CAP. XII — Radiologia clínica dos cólons.
- CAP. XIII — O exame radiológico no abdome agudo.
- CAP. XIV — Estudo radiológico das vias biliares.
- CAP. XV — Estudo radiológico do pâncreas.
- CAP. XVI — O diagnóstico radiológico dos tumores abdominais.

---

ATENDEMOS PEDIDOS PELO REEMBOLSO POSTAL  
**FINOCCHIARO & CRUSO LTDA.**

EDITORES

RUA WENCESLAU BRAZ, 78 - 2.º ANDAR - SALA 3  
FONE 2-1058 — SÃO PAULO

A.A. aconselham fazer-se a profilaxia do bócio pela adição de uma parte de iodeto de potássio para 100.000 partes de cloreto de sódio contido na água potável.

**Syphilis** — Henri Mathias, Librairie Maloino (27, Rue de l'Ecole de Médecine) Paris, 1947.

A presente obra, que compreende um volume de 720 páginas, é a continuação de outra em dois volumes que aparecem sob o título: *Autour du Drame Vénérien*, cujo sucesso foi confirmado por uma tradução em língua espanhola e outra em língua alemã.

A cura da sífilis em um ano é apresentada pelo Dr. Mathias como uma modificação feliz dos tratamentos atuais, que são incertos e sobretudo demorados.

Não sendo propriamente um tratado de Sifilografia, o livro é o reflexo final de uma existência inteira dedicada ao estudo, observação e cura da moléstia. O volume contém ilustrações e custa 600 francos.

**Brain Perfusion in dogs with artificially oxygenated blood** — Viking Olov Björk, edição da Acta Chirurgica Scandinavica, Lund, 1948.

O A. estudou a possibilidade de manter através do cérebro uma circulação adequada de sangue artificialmente oxigenado durante uma operação praticada sobre o coração exsanguê. Em cães previamente (10 dias antes) submetidos à ligadura das artérias vertebrais, pôde o A. conseguir sobrevida a uma intervenção sobre o coração, mediante transfusão continua através de uma das carótidas, a outra ficando pincada durante 25, 63 e 93 minutos. Outras experiências foram feitas, todas indicando a possibilidade de um grande avanço na cirurgia do coração. O volume contém 122 páginas com gráficos.

**Anais do Congresso Brasileiro dos Problemas Médicos-Sociais de Após Guerra** — II vol. Salvador, 1947.

O presente volume apresenta numerosas contribuições escritas sobre o 2.º e o 3.º tema do importante Congresso Médico-Social Brasileiro realizado na Bahia de 25 de junho a 2 de julho de 1945. O segundo tema foi "Questões de saúde e assistência na cidade e no campo e contou com valiosos trabalhos sobre os mais variados aspectos, sendo de se salientar a vultosa e importante contribuição de autores paulistas. Oterceiro de uma versão sobre "O problema da alimentação no Brasil" e despertou, como era de se esperar, a atenção de numerosos estudiosos entre os quais o prof. F. A. de Moura Campos, desta capital. O volume tem cerca de 550 páginas.

**A penicilina por via arterial nas osteomielites** — Eurico Branco Ribeiro — São Paulo 1947.

Numa monografia de 115 páginas dá-nos o A. o resumo dos diferentes tratamentos que se têm posto em prática o tratamento das osteomielites e todos eles apresentando insucessos e, maiores ou menores, percentagens de cura; isto justifica que para uma doença cuja evolução é tão dispare se vão ensaiando os novos recursos que a medicina vai tendo ao seu alcance.

Com o aparecimento da penicilina logo se estendeu a sua aplicação as osteomielites, o que levou o A. distinto cirurgião director do Sanatório de São Lucas, a fazer o seu uso pela via arterial sem, contudo, abandonar as outras vias.

No primeiro capítulo desta interessante obra o A. dá-nos uma vasta relação de opiniões bem demonstrativa da eficácia da penicilino-terapia nas osteomielites, não só agudas mas também, algumas vezes, nas crônicas. No segundo capítulo faz a história do uso da via arterial reportando os primeiros ensaios a 1665. Neste capítulo, em que o A. revela grande erudição, são citados os trabalhos dos médicos portugueses Prof. Egas Moniz, a quem se deve o estímulo para a divulgação da via arterial, e ainda dos Profs. Reinaldo dos San-

tos, João Cid dos Santos, Augusto Lamas, Silveira Ramos, Ruy de Lacerda, Nunes da Costa, Serra Simões, etc., aos quais presta justa homenagem pelos seus trabalhos.

São do máximo interesse as considerações que o Dr. Eurico Branco Ribeiro expõe para demonstrar e pôr em destaque o uso da penicilina pela via arterial como um eficaz meio terapêutico que só tem vantagens não possuindo contraindicações.

Preconiza para aplicação intra-arterial, como mais acessível, a femoral ao nível da raiz da coxa, por ter um calibre mais volumoso, uma mobilidade quase nula e uma profundidade relativamente pequena. Descreve minuciosamente, a técnica e o material empregado, o que muito valoriza o seu trabalho.

Termina referindo os casos clínicos em que empregou este mé-

todo, dos quais apresenta grande número de radiografias e concluindo que penicilinoterapia está absolutamente indicada nas osteomielites, principalmente nas formas agudas como tratamento abortivo.

A terapêutica feita pela via arterial apresenta o maior número de indicações principalmente quando se trata de osteomielites agudas. Nas outras formas de osteomielite pode-se associar a penicilinoterapia à cirurgia, com grande vantagem para a marcha e cura desta doença.

Esta monografia, de grande actualidade, merece ser recomendada a todos que se dedicam ao tratamento desta doença, pelo grande sentido prático com que foi escrita e pelos uteis conhecimentos que revela. — Jorge Niny, em "Clínica Higiene e Hidrologia", XIV, 52, 1948.

## PHILERGON - Fortifica de fato

DR. RAPHAEL DE LIMA FILHO

Radiodiagnóstico

CLÍNICA  
ROENTGEN

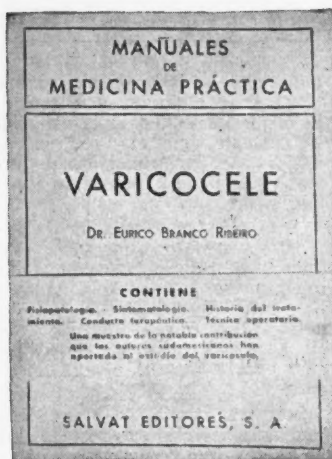
Exames radiológicos em domicílio

AV. BRIGADEIRO LUIZ ANTONIO, 644 — FONE 2-5831 — SÃO PAULO

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445



# VARICOCELE

pelo

**DR. EURICO BRANCO RIBEIRO**

Si existe assunto que na literatura de tratados é encarado sob um ponto de vista ainda falho e antiquado, tanto no que se refere a etiologia, como ao tratamento, este é a varicocele. Dai a necessidade, que havíamos notado ha bem pouco tempo, quando nos interessamos pelo problema, de atualiza-lo, não só em exame retrospectivo com o objetivo de reunir em volume único o seu historico, como também anotar o que de moderno existe a respeito com relação à lesão, sua etiologia, tratamento e resultado, no sentido orgânico e também no psiquico, pois sabidas são

as consequências das varizes das veias do cordão sobre o psiquismo do seu portador.

Este trabalho, enorme e consuntivo — pois o número de publicações avulsas que se têm escrito sobre a varicocele, ocupa um lugar de destaque na literatura médica, — foi enfrentado por EURICO BRANCO RIBEIRO, de São Paulo e publicado em 1946 pela coleção de "Manuales de Medicina Prática" da Salvat Editores, S. A..

O autor, conterrâneo de ilustração incontste, publicista de grande fecundidade, possui um conceito invejavel no meio científico nacional e também renome apreciável e justo no estrangeiro, seja por intermedio de publicações as mais variadas, seja pelo papel saliente que têm desempenhado em conclaves internacionais. E este conceito vem agora se firmar ainda mais com o volume publicado, onde a par de sua cultura, o autor reafirma os seus característicos conhecidos daqueles que já leram os seus trabalhos: seu alto cunho progressista, de vanguarda nos assuntos tratados e sempre com um aspecto prático, de auxilio imediato ao profissional menos experimentado.

Desde a definição, embriologia, anatomia, etiologia, passando pela clinica sob seus vários aspectos, para terminar no tratamento e critica dos processos cirúrgicos, nada ha que não seja extremamente util, científico e de valor técnico indiscutível, muito embora pareça que uma das intenções do autor, aliás louvavel, tenha sido divulgar um processo cirurgico de sua inventiva e emprego desde 1936. Edizemos louvavel, porque assim, com esta publicação e esta intenção, fica mais uma vez patente que os americanos do sul levam a dianteira entre quaisquer outros povos, na abundância, cuidado e carinho, com que tem estudado a lesão em causa. Este, foi também um dos objetivos do autor: divulgar a soma de trabalho dispendido pelos sul-americanos, coisa que talvez, não tenha sido até hoje feita, da maneira minuciosa e completa como se encontra no livro de Eurico Branco Ribeiro.

Estão pois de parabens, a literatura médica nacional com o aparecimento de uma obra que só a orgulha; a classe médica brasileira e desta em especial os cirurgiões, por possuir desde agora, enfeixado em um só volume, tudo que necessite sobre a varicocele; o seu autor, pelo brilho com que tratou o assunto, plo seu tom por assim dizer, amigo, com que se exprime e se dirige áqueles dos quais sempre tem sido um orientador: os moços.

G. VILLANOVA ARTIGAS.

"Revista Médica do Paraná", XVI, 61, março-abril de 1947.



